

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Central, Tupandi/RS**

Aylin Rosales Peña

Pelotas, 2015

Aylin Rosales Peña

Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Central, Tupandi/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P397m Peña, Aylin Rosales

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Central, Tupandi/RS / Aylin Rosales Pena; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

119 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a todos os que fizeram parte direta ou indiretamente da realização desta intervenção.

Agradecimentos

Aos meus amigos, Equipe de Saúde, Comunidade e Profissionais da Unidade Básica, por terem acreditado em mim, oferecido apoio e esforços mantidos para chegar a concluir este Trabalho de Intervenção.

A professora orientadora Tatyara Feitosa Sampaio, pelos ensinamentos prestados, compreensão, dedicatória e apoio oferecido nas diferentes etapas do trabalho.

A UFPEL pela excelência de ensino.

Resumo

Rosales Peña, Aylin. **Melhorar à Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, na UBS Central, Tupandi/RS. Ano 2015.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão Arterial Sistema (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças propriamente, mas são também fatores de risco para as doenças cardiovasculares, AVC, insuficiência renal entre outras. Ambas as doenças são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo todo. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Na grande maioria das vezes estão constantemente associadas, e possuem vários aspectos em comum: como origem, fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, algumas complicações e geralmente ausência de sintomas. Portanto devem ser alvo da atenção da sociedade, principalmente quando juntas geram complicações e elevam o índice de mortalidade. A realização do acompanhamento e o tratamento adequado reduz o risco de complicações de ambas, seja a curto e /ou longo prazo. Tendo em vista os grandes riscos que implica para a população apresentar estas doenças, e mais ainda ter as mesmas sem ser diagnosticadas, com o consequente dano para a saúde e repercussão nos órgãos alvos, foi desenvolvido um trabalho de intervenção que teve por objetivo melhorar à Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, na UBS Central, Tupandi/RS. A intervenção ocorreu durante quatro meses, com o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o monitoramento da intervenção foi utilizado à ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Dos 894 hipertensos e 255 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 194 hipertensos (21,7 %) e 48 diabéticos (18,8%), não sendo alcançada a cobertura proposta do programa para estes usuários. Anteriormente a intervenção a cobertura de usuários acompanhados mostravam valores muito baixos sendo um 10% (26) para usuários com DM e 12% (103) para usuários com HAS. No entanto, a intervenção propiciou a melhoria da qualidade da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, a partir da realização da capacitação da equipe, cadastramento dos usuários, monitoramento e registro dos atendimentos, atividades educativas, atendimento clínico, busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Sendo assim, com o desenvolvimento destas ações podemos promover a saúde desta população alvo, diminuir o risco de complicações, gastos com medicação, internação hospitalar e mortalidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Saúde do Hipertenso e Diabético.

Lista de Figuras

Figura 01	Fotografia Equipe de saúde	62
Figura 02	Fotografia Grupo de usuárias com HAS e DM	63
Figura 03	Fotografia Academia ao ar livre	64
Figura 04	Fotografia Grupo de tabagismo	64
Figura 05	Fotografia Atendimento de usuários nosso posto de saúde do interior	65
Figura 06	Fotografia Visita domiciliar a usuários com HAS	66
Figura 07	Fotografia Visita domiciliar a usuária com DM e HAS	66
Figura 08	Fotografia Palestra de saúde	67
Figura 09	Fotografia UBS	68
Figura 10	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Tupandi.	71
Figura 11	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Tupandi	72
Figura 12	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	73
Figura 13	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	74
Figura 14	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	75
Figura 15	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	76
Figura 16	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	77
Figura 17	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	77
Figura 18	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	78
Figura 19	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	79
Figura 20	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	80
Figura 21	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	81
Figura 22	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	82
Figura 23	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	82
Figura 24	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	84
Figura 25	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	85

Figura 26	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável.	86
Figura 27	Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável.	86
Figura 28	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	87
Figura 29	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	87
Figura 30	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	88
Figura 31	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	89
Figura 32	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	90
Figura 33	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade da vida diária
AB	Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DST	Doença sexualmente Transmissíveis
DCNT	Doença crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EaD	Educação a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabete
HPV	Vírus de Papiloma Humano
IMC	Índice massa corporal
MMHG	Milímetros de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PSA	Antígeno prostático específico
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SispreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de Curso
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas.
UNAUS	Universidade aberta do SUS.

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária a Saúde.....	10
1.2	Relatório de análise situacional.....	122
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	299
2	Análise Estratégica.....	3030
2.1	Justificativa	3030
2.2	Objetivos e Metas	32
2.2.1	Objetivo geral.....	32
2.2.2	Objetivos específicos	32
2.2.3	Metas	32
2.3	Metodologia	34
2.3.1	Detalhamento das Ações	35
2.3.2	Indicadores.....	51
2.3.3	Logística	57
2.3.4	Cronograma.....	622
3	Relatório da Intervenção	633
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	633
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	699
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	699
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	7070
4	Avaliação da intervenção	7171
4.1	Resultados.....	7171
4.2	Discussão	922
5.	Relatório da intervenção para gestores	977
6.	Relatório da Intervenção para a comunidade	100100
7.	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	1033
	Referências	1055
	Apêndice.....	107
	Anexo.....	10813

Apresentação

Este documento refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. O trabalho está descrito em sete capítulos: o primeiro contém a Análise Situacional da Equipe de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde (ESF/APS) em que se desenvolveu o trabalho de intervenção; na sequência está descrita a Análise Estratégica que compreende a construção do projeto de intervenção; no terceiro capítulo consta o Relatório da Intervenção onde apresentamos as ações previstas e desenvolvidas na intervenção, aspectos relativos à coleta e a sistematização dos dados e a incorporação das ações à rotina da Unidade Básica de Saúde; o quarto capítulo abarca a Avaliação da Intervenção com a descrição dos resultados da intervenção e discussão; o quinto e sexto capítulo respectivamente tem o Relatório da intervenção para gestores e comunidade; para finalizar o trabalho apresentamos no sétimo capítulo a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária a Saúde

Tupandi, um dos municípios do Rio Grande do Sul, assim como grande parte do Vale do Caí, foi colonizada por imigrantes alemães, que chegaram à região no século XIX. Possui uma área de 669,1 km² e sua população em 2014, segundo o IBGE, era de 4000 habitantes. É um município de economia voltada ao setor primário (mais de 70% da arrecadação provém dele) sendo a criação de aves e suínos fator importante para o aumento da arrecadação local. Entre os anos de 1993 e 2014 o crescimento econômico foi de mais de 500%, fazendo com que Tupandi figure entre os municípios gaúchos de maior destaque em crescimento econômico.

Nossa UBS está localizada no centro da cidade do município. Tem uma boa estrutura na Estratégia de Saúde da Comunidade com uma equipe multiprofissional e infraestrutura adequada, quase completa, composta por: 6 médicos de clínica geral, 1 oftalmologia, 1 cardiologia, 2 nutricionista, 1 Psiquiatria, 1 psicólogo, 1 quiroprático, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo, 2 ultrassonografistas, dois ginecologistas, 1 pediatra, 5 odontólogos, 2 Lic. Enfermagem, 7 técnicas de enfermagem, 3 agentes de saúde da comunidade, 1 secretário de saúde, 4 assistentes de administração, 1 recepcionista, 6 motoristas e eu.

Nossa UBS é composta por uma sala de espera, recepção, sala de triagem, 4 consultas médicas; dois com banheiro dentro, 1 sala de emergência, atendimento enfermagem e curativo, 1 sala de observação, 1 sala de vacina, 2 banheiro feminino e masculino para os usuários e para os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, uma cozinha, uma farmácia, um almoxarifado, área administrativa e pátio onde temos três ambulâncias, duas de suporte avançado de vida, mais 5 automóveis para

consulta com especialistas que não têm na UBS. Os usuários que precisaram destas especialidades são coordenadas e encaminhados por gestão da UBS para hospital de Montenegro, Porto Alegre e Bom Princípio.

Atendimentos são feitos de segunda a sexta das 7:30-12h e 13:30 – 22h e sábados atendimento de enfermagem, as consultas são feitas com demanda espontânea e consultas agendadas, já estamos a trabalhar com o prontuário eletrônico, este programa facilita os atendimentos e ocorrem de maneira mais rápida. Da mesma forma acontece com outros especialistas. Eu faço consultas na UBS Central três dias na semana: segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira de manhã, na terça-feira e resto das consultas realizadas à tarde em quatro interiores do município e também faço visitas domiciliares que são muito importantes porque oferece atendimento de qualidade mais próximo àqueles que não podem ir para a unidade, fornece maior proximidade às pessoas e facilita identificar a realidade em que vivem.

De modo que nosso trabalho é voltado para identificar os principais fatores de risco, classificá-lo e dar solução a curto ou longo prazo, as doenças mais comuns na comunidade são doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, Ansiedade e Depressão. Também doenças respiratórias: Rinite, Gripe, Sinusite, Amigdalite, próprias do clima frio e molhado.

Uma das nossas debilidades pode ser que nós temos muitos usuários dependentes de drogas os mais comuns são medicamentos psicotrópicos e antidepressivos, e com mais de um medicamento, e às vezes é difícil desabilitar esses usuários que já têm anos de consumir essas drogas e muitos já não lembram a razão pela qual eles começaram a tomá-lo, ou porque eles precisam trabalhar duro sobre esse aspecto. Pois nosso trabalho tem como objetivo oferecer um apropriado suporte para alcançar nossa finalidade: atender os usuários de uma forma integral e satisfatória e procurar fazer mudanças nos estilos de vida da população e melhorar as condições de vida.

São feitas coleta de amostras para prevenção do câncer do colo de útero, assim como realização de palestras para grupos vulneráveis sob medidas de prevenção e promoção em saúde.

Estou muito feliz com o trabalho que estou fazendo com a minha EBS apesar do meu pouco tempo na cidade, as pessoas são muito gratas, espero que para atender a demanda da população e mudar estilos de vida em usuários, mas não ser

um trabalho fácil, eu estou disposta a enfrentar este novo desafio e assim também melhorar a minha experiência de trabalho.

1.2 Relatório de análise situacional

Tupandi é o município do Estado brasileiro de Rio Grande do Sul, situado na região sul do Brasil, limita-se ao norte com os municípios de Barão e Bom Princípio, ao sul com o município Harmonia, a leste com o município Bom Princípio e a oeste com o município Salvador do Sul. Possui uma área de 669,1 km², com uma população total de 4.000 habitantes. A maior parte deles são descendentes de alemão.

No município não temos disponibilidade de Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF). Os usuários que requerem de serviço hospitalar são encaminhados para Hospital Montenegro em outro município, ali o serviço é 100% pelo SUS, também o município tem convênios com outros hospitais para a internação de usuários, como são os Hospitais de Bom Princípio e Salvador do Sul onde nosso município paga com recursos próprios estas prestações. Contamos com Centro Especializado de Odontologia, ele se encontra no Município Montenegro, os usuários que precisarem de outros serviços que não são feitos na UBS, são avaliados e encaminhados para este centro. A UBS tem disponibilidade de atenção especializada de: oftalmologia, cardiologia, nutrição, psiquiatria, psicologia, quiropráxia, fisioterapia, fonoaudiologia, ultrassonografia, ginecologia, pediatria, odontologia, assistência social. Existem 2 laboratórios clínicos no município onde os usuários tem disponibilidade de 688 exame pelo SUS, também o Município tem convênios com clínicas privadas e com SIS Caí para a realização de outros exames especializados.

O município conta só com uma UBS, a qual foi construída em 1996, porém leva 216 meses prestando serviço. A unidade tem uma boa estrutura com uma ambiência confortável tanto para os trabalhadores como usuários. Está localizada no centro da cidade do município, nossa unidade de saúde é mista (pronto atendimento de atenção básica e urgências mais Saúde da Família), com atendimento de segunda a sexta feira, em horário pela manhã, tarde e noite, tem só uma equipe de saúde composta por: dois médicos, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e 2

agentes comunitários de saúde. Além disso têm 4 médicos clínico geral para a atenção da população, com uma equipe multiprofissional e infraestrutura adequada, quase completa. É composta também por: 1 oftalmologista, 1 cardiologista, 2 nutricionistas, 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 quiroprático, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo, 2 ultrassonografistas, 2 ginecologistas, 1 pediatra, 3 odontólogos, 1 enfermeira, 6 técnicas de enfermagem, 1 secretário de saúde, 4 assistentes de administração, 1 recepcionista e 6 motoristas.

A estrutura física da UBS é confortável já que a sala de espera tem espaço e condições necessárias para os usuários e tem lugar para usuários deficientes e cadeirantes, temos banheiros para os usuários e trabalhadores com as condições necessárias e acessíveis para todos. Nos corredores temos corrimãos que possibilita o deslizamento sem possibilidade de quedas dos usuários. Os pisos das diversas salas são de superfície regular, estável e antiderrapante.

Contamos com cinco salas para os atendimentos médico, com capacidade suficiente, com banheiro interno e mobiliário clínica confortável. A farmácia tem pouco espaço para armazenamento dos medicamentos e outros insumos, mas mesmo assim tem o mobiliário adequado. Tem almoxarifado e local para o depósito do lixo, não temos sala para os agentes comunitários de saúde. Na área de lavagem, descontaminação do material e esterilização tem espaço pequeno de acordo com as disposições, mas se cumpre com as normas e procedimentos, ou seja, o espaço não dificulta uma boa esterilização dos materiais.

Conta com sala de vacina com boa estrutura, sala de procedimentos, curativo, nebulização. Todas as salas tem janelas com boa ventilação e iluminação adequada, os pisos e paredes internas são lisas e laváveis igual as portas. Não temos telas mosquiteiras nas janelas, mas nossa área não é de grande incidência de insetos, tampouco temos sinalização realizada em Braille ou figuras em relevo (tátil), nem recursos auditivos (sonora), só através de textos ou figuras (visual).

Enquanto as condições de equipamentos e instrumental eu posso dizer que são satisfatórias e com boa disponibilidade dos equipamentos e instrumental tanto os de uso geral como odontológicos, os mesmos têm boas condições, já que existe um bom sistema de manutenção e reposição de instrumentos, assim como também contamos com um sistema de revisão de calibragem de esfigmomanômetro e balanças anualmente.

Contamos com sistema de informatização com disponibilidade de 12 computadores com acesso à internet para todos os profissionais da equipe. Temos computadores com conexão à internet em quase todos os consultórios e outros locais, onde podemos fazer muitas atividades como ter acesso a materiais de estudo/bibliografia, e-mail, atendimentos, controle de estoque, encaminhamento a outros serviços, registro de ações programáticas entre outras ações, etc. Devo mencionar que ainda os agendamentos de consulta e marcação de exames não são feitos por essa via porque não está instalado completamente o sistema eletrônico para todas as especialidades. Temos algumas dificuldades quanto à disponibilidade de equipamento e instrumentos de comunicação e informação, pois não contamos com: caixa de som, câmera filmadora e gravador de som.

Os Agentes comunitários de saúde têm suficientes materiais e equipamentos para as atividades, só tem problema com a balança para crianças, por enquanto não existe e tampouco tem meios de locomoção para os deslocamentos pelo território de abrangência. Estes problemas já foram discutidos e feitos os pedidos para melhorar o trabalho.

Quanto à situação de abastecimento de materiais e insumos tem um amplo estoque, nos permite realizar adequadamente todas as atividades da UBS, só não contamos com a solução de Schiller (Iugol) por decisão do ginecologista. Na área de odontologia também o abastecimento é muito bom, a única coisa que não tem são vídeos para atividades educativas e preventivas, mas isso não é problema para fazer as atividades com a qualidade requerida, porque os demais materiais necessários estão disponíveis e com ótimas condições.

A disponibilidade e suficiência de medicamentos e insumos de acordo com o estabelecido no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos são suficientes, temos disponibilidade adequada de medicamentos das doenças crônicas, analgésico, anti-inflamatório, antibióticos entre outros, ainda não temos disponibilidade adequada de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, só temos um deles. De maneira geral se cumpre com a demanda da população. Também já fizemos novos pedidos de medicamentos para incorporá-los ao nosso estoque e favorecer ainda mais aos usuários. No programa de imunizações são feitas rotineiramente todas as vacinas, com exceção de duas (influenza sazonal e pneumocócica 23 valente).

Uma dificuldade que temos é relacionada com os testes diagnósticos feitos rotineiramente porque em nossa UBS não contamos com laboratório clínico e só fazemos glicemia capilar. Temos acesso a todos os demais complementares, os resultados demoram mais ou menos 15 dias e às vezes em menor tempo, os que demoram um pouco mais são: citologia de colo uterino, colonoscopia e colposcopia que demoram 30 dias.

Apesar de encontrar algumas dificuldades estruturais, com nosso trabalho sistemático e contínuo estamos logrando um bom engajamento entre a equipe e a comunidade. Eu acredito que a base para um bom sistema de saúde não são somente as estruturas que compõem a unidade, mas sim as particularidades e ações que cada um de nós podemos aportar, adequada identificação dos problemas, fazer uma análise da situação de saúde que realmente represente a realidade de nossas áreas de saúde e lograr a participação ativa, comprometida e consciente de todos os atores da sociedade.

A UBS tem uma população da área de abrangência de 4.000 usuários cadastrados, ainda não foi concluído o processo de territorialização e remapeamento da população feita pelos ACS. Em relação à população da área adstrita temos 4000 habitantes distribuídos da seguinte forma por sexo: 1.886 corresponde ao sexo feminino e 2.114 ao masculino; e por idade temos 67 menores de um ano, de 1-4 anos 223 habitantes, de 5-14 anos 530 usuários, de 15-59 anos 2.727 e 453 de 60 anos ou mais.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes definam bem o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, etc. Porque desta maneira os usuários receberão atendimento conforme a prioridade.

Demanda Espontânea inclui toda demanda do usuário para atividade na UBS não agendada ou que não é específica de nenhum setor (exclui coleta de exame,

vacinação, pegar remédios, inalação/nebulização, procedimentos na sala de enfermagem).

Na UBS o acolhimento se realiza na mesma recepção, todos os integrantes da equipe participam deste processo, mas a recepcionista e os técnicos de enfermagem são os principais responsáveis. A recepcionista faz a primeira parte da recepção do usuário e procura seu prontuário eletrônico, mas depois o técnico de enfermagem faz avaliação dos riscos e classificação de acordo com a doença, características sociais, idade, etc. Tratamos que todos os profissionais tenham uma preparação adequada para conhecer e identificar os usuários de maior vulnerabilidade, quando apresentam uma doença aguda que requer de um atendimento imediato. Também é importante poder estabelecer um diálogo com os usuários e oferecer uma resposta adequada a cada situação que se apresenta no posto.

O acolhimento é feito todos os dias, em todos os horários já que prestamos serviço 24 horas, o tempo que demoram os usuários até que tenham suas necessidades acolhidas são entre 5 e 10 minutos, procurando uma consulta de qualidade e resolução dos problemas. Os usuários buscam a unidade para serem atendidos e esse mesmo dia é feito o atendimento, pois não temos dias específicos para a demanda espontânea.

Todos os profissionais participam da atenção a toda a comunidade, e fora de abrangência recebemos e escutamos as pessoas de forma humanizada (Acolhimento coletivo por toda a equipe de saúde), fazemos orientações e atendimentos adequadamente a toda pessoa que procura por qualquer motivo o posto de saúde.

Os usuários que precisam de atendimento médico de urgência ou emergência são avaliados pela enfermeira e o médico geral, se o problema pode ser resolvido no posto de saúde se da solução, se não, são encaminhados para UPA ou Hospital que ficam próximos a nosso município, para o traslado contamos com 3 ambulâncias, delas 2 são de suporte avançado de vida, e não fazemos coordenação com o SAMU.

As situações imprevistas, sem agendamento prévio, são atendidas por enfermeiros que temos na UBS que analisam as mesmas, identificam os riscos e analisam a vulnerabilidade e ofertam atendimento. Assim também acontece com as demandas dos usuários para Odontologia, mas não se oferece serviço de prótese

dentaria e tampouco atendimento odontológico especializado, como tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa.

Dentro das principais tarefas das equipes de saúde para melhorar o excesso das demandas espontâneas ao posto de saúde, é o incremento do número das visitas domiciliares com atendimentos as pessoas doentes que precisam, incremento das ações de promoção e prevenção de saúde nas comunidades e escolas, diagnóstico oportuno e tratamento das doenças. Também deslocamos as equipes para aquelas áreas de abrangência distantes da UBS para fazer atendimentos e outras ações de saúde.

Na atenção primária de saúde são muitas as ações para atenção integral as crianças, desde seu nascimento até a adolescência, e estão dirigidas à prevenção e promoção para lograr um ótimo crescimento e desenvolvimento, para que seja um adulto saudável.

Na UBS são feitos os atendimentos de Puericultura três dias na semana, para todas as crianças compreendidas entre 0-72 meses, pela manhã, e são realizadas pelo pediatra.

A captação do RN é feita antes dos 7 dias de nascida a criança onde se dão orientações aos pais, sobre os cuidados do RN, importância do aleitamento materno exclusivo, cuidados com o coto umbilical, coleta de sangue para o teste do pezinho, encaminhamento para triagem auditivo, medidas de higiene pessoal e ambiental, prevenção de acidentes, início do esquema da vacinação, importância da consulta de puericultura, assim como a correta ablactação e a identificação de qualquer sinais ou sintoma de doença.

Em cada consulta de puericultura se realiza a avaliação antropométrica do bebê, levando a curva de desenvolvimento do peso e crescimento físico por meio dos principais parâmetros antropométricos (peso, estatura, parâmetro cefálico) cumprindo com cada uma delas, se existir alguns sinais de risco na curva de crescimento ou peso as mães recebem orientações e são encaminhados a consulta de nutrição, todas tem avaliação de saúde bucal. Nas consultas se avalia se a criança tem um bom desenvolvimento neuropsicomotor, também se realiza verificação da vacinação seguem esquema, ademais se prescreve suplementação profiláctica com sulfato ferroso aos 6 meses de idade para a prevenção de anemia, são feitas orientações as mães sobre aleitamento materno exclusivo e o esquema de alimentação do bebê conforme a idade e sobre prevenção de acidentes. Os

atendimentos são feitos conforme protocolo do ministério de saúde de 2012. Não se realiza atendimento de puericultura fora da área de abrangência.

As consultas são feitas na caderneta da criança onde se preenchem todas as informações atuais, ademais dos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, nutricional e ficha espelho de vacinas. Após a primeira consulta as crianças até cumprir um ano de idade são consultadas pelo menos uma vez por mês ou seguem o estabelecido pelo Caderno de Atenção Básica da Criança. A partir do 2º ano de vida as consultas são anuais, próximas ao mês de aniversário, data selecionada por nós, porque representa momentos de ofertas de imunizações e de orientações de promoções de saúde e prevenção de doenças.

Fornecemos atendimentos todos os dias para as crianças que apresentam problemas agudos, mas não existe um excesso de atendimentos por esses problemas. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, assim como não temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura. Seria bom para todos poder fazer estas duas atividades, porque identificaria mais fácil as crianças faltosas a consultas, com atraso em vacinas, etc.

Existe o Programa Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento Social. A assistente social é a responsável pelo cadastramento das crianças e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde.

Temos 67 menores de um ano e 252 de 1-6 anos cadastrados na UBS, todas as crianças têm atualizadas as consultas de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, embora a estimativa do Caderno de Ações Programáticas tenha dado uma estimativa de 48 crianças menores de 1 ano na área. De todas as cadastradas, 100% delas tinham feito Triagem Auditiva, consulta com Odontologia, todas as mães recebem orientação sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes. O 100% também tem as vacinas em dia e realização do teste de pezinho até sete dias de nascido e apenas 5 (10%) crianças estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

Um grande problema é que não temos grupos de mães e criança e isto ajudaria para orientar sobre promoção e educação de saúde e sensibilizar a população sobre a importância de um bom acompanhamento da criança. Nossa equipe trabalha para melhorar a atenção à saúde das crianças, é todo um desafio e

temos que trabalhar muito para melhorar a qualidade da atenção à criança e criar grupos de atividades de puericultura, isso favoreceria nosso trabalho.

Na Atenção Primária o atendimento do Pré-natal é importante e deve ser feito organizadamente para atender as reais necessidades das gestantes, tem como objetivo identificar fatores de risco ou doenças que possam causar alguma complicação na evolução da gravidez ou depois, por isso é de muita importância fazer o acompanhamento de maneira periódica e com a qualidade requerida.

Na UBS os atendimentos de pré-natal são feitos pela ginecologista 2 vezes na semana, isto favorece um bom acompanhamento as gestantes, brindando sempre educação em saúde desde a primeira consulta sobre temas como aleitamento materno, infecções na gravidez, direitos no momento do parto, promover hábitos de vida saudáveis, imunizações, planejamento familiar etc. Desta maneira evitamos complicações na gravidez e que leve a feliz termino.

A enfermeira mantém um registro adequado e atualizado que permite identificar as usuárias faltosas, data da consulta, doenças que apresentam etc., para fazer um bom acompanhamento e assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna.

Quando a grávida vem à consulta pela primeira vez se faz anamnese geral e obstétrica, teste de gravidez, com exame físico completo, que inclui exames das mamas e ginecológico com citologia a 100% das gestantes, avaliação nutricional de acordo ao IMC, se encaminha a odontologia para avaliação de saúde bucal aquelas que têm necessidade ainda não logramos que o 100% sejam avaliadas, são solicitados exames laboratoriais, vacinação antitetânica, hepatite B e influenza, ademais se prescreve suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico, os atendimentos são feitos de acordo ao protocolo do ministério de saúde de 2012. As que têm necessidade são consultadas com demais especialistas que fazem atendimento na UBS como nutricionista, assistente social, psicologia. Fazemos avaliação e classificação do risco gestacional e realizamos encaminhamentos para as grávidas classificadas como alto risco obstétrico de acordo com o estabelecido.

A estimativa de gestantes na área de abrangência segundo o CAP é de 60 gestantes, mas temos na UBS 21 (35%) grávidas cadastradas que realizam acompanhamento no posto. Das gestantes cadastradas, 100% iniciaram pré-natal no primeiro trimestre, estão com consulta em dia conforme o calendário do Ministério

da Saúde (MS); tiveram exames laboratoriais solicitados; estão com vacina antitetânica e hepatite B em dia; tiveram prescrição de sulfato ferroso de acordo protocolo; todas realizaram exame ginecológico e tiveram orientação sobre alimentação saudável. E apenas 10 (48%) tiveram avaliação odontológica.

As consultas são feitas no cartão de grávida e prontuário, todas saem da consulta com sua próxima consulta agendada. Também são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno exclusivo, promoção de hábitos alimentares saudáveis, controle dos cânceres de colo de útero e mama, realização de citologia orgânica e atividades físicas.

Na UBS existe protocolo de atendimentos pré-natal e de avaliação de risco gestacional, são desenvolvidas todas as ações no cuidado das gestantes. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos as gestantes. Fazemos grupo de gestante uma vez ao mês e são feitas ações de promoção e prevenção com as gestantes, realizadas pela ginecologista, nutricionista, psicóloga, odontólogo, médico de família, enfermeiros, às vezes não contamos com o 100%, pelo que devemos realizar mais ações na comunidade já que muitas não assistem ao grupo pela situação geográfica distante em que moram. Com isso mais mulheres receberão instruções de cuidados na gestação.

Os enfermeiros são responsáveis pelo cadastro das gestantes no programa SISPRENATAL e realizam o planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal.

Os controles do puerpério são feitos na primeira semana pós-parto e novamente entre os 30 e 42 dias, temos cadastradas 67 puérperas nos últimos 12 meses, em relação ao total de puérperas que tem que existir na UBS a cobertura é de mais do 100%, pois segundo o CAP a estimativa de partos nos últimos 12 meses é 48. Os indicadores de qualidade mantiveram-se em 100%, todas as puérperas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto. Nas consultas todas tiveram a sua consulta puerperal registrada, assim como receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar. Todas tiveram exame das mamas examinadas e exame ginecológico. Também foram avaliada psicologicamente.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas.

Com relação ao controle do Câncer de Mama, na UBS fazemos na consulta orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade, para o controle do peso corporal das mulheres. São realizadas ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do Câncer de Mama, assim como ações de rastreamento deste câncer, que inclui exame clínico das mamas e solicitação de Mamografia a 100% das mulheres consultadas. Estas atividades são feitas todos os dias da semana em todos os turnos, pelo Médico e Enfermeira.

Segundo o CAP o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência é de 413, mas temos na UBS 415 mulheres cadastradas correspondendo pouco mais de 100%, que realizam acompanhamento no posto. O número de mulheres com mamografia em dia temos 409 (99%), com mamografia com mais de 3 meses em atraso só 4 mulheres. Com avaliação de risco para câncer de mama 413 (100%) e com orientação sobre prevenção do câncer de mama 400 (97%).

Os resultados do exame mamográfico são avaliados pelo médico, em caso de suspeita, a mulher é encaminhada para investigação diagnóstica ao centro de referência de saúde da mulher, para complementação da investigação diagnóstica do câncer de mama.

O tipo de rastreamento do câncer de Mama que fazemos é oportunista e organizado, Contamos com o protocolo de Controle do câncer de mama do Ministério de Saúde de 2012.

Nos últimos três anos temos 10 mulheres que foram identificadas com mamografia alterada. Os atendimentos as mulheres que realizam mamografia são registradas só em Prontuários Clínico. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama

na UBS. Todo isso impossibilita o conhecimento a profundidade dos resultados do programa.

O câncer do colo do útero é causado pela infecção persistente de alguns tipos do Vírus de Papiloma Humano (HPV). Além disso, os principais fatores de risco estão relacionados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros, o tabagismo sendo diretamente relacionado a quantidade de cigarros fumados, e uso prolongado de pílulas anticoncepcionais. A vacinação, em conjunto com o exame preventivo e o controle dos fatores de riscos, se complementa com ações de prevenção deste câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

Os profissionais de saúde de nossa UBS orientam a todas as mulheres da área de cobertura, ao uso de preservativo em todas as relações sexuais para diminuir o contágio com papiloma vírus humano - HPV e outras DST, além disso também falamos sobre os malefícios do tabagismo. Nas consultas médicas são investigados os fatores de riscos do câncer de colo e orientamos às mulheres para o conhecimento dos mesmos.

Os Enfermeiros da UBS realizam a coleta de exame citopatológico para a prevenção do Câncer do Colo Uterino, dados que são preenchidos no prontuário clínico e livro de registro. Este é feito 2 dias da semana em um turno.

Contamos com arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológico coletados; mas não existe controle sobre as usuárias com riscos, faltosas e pendentes de exames. Este arquivo é revisado e controlado pelos Enfermeiros do posto, que em conjunto com os médicos são os responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação do programa, assim como avaliação e monitoramento do mesmo, mais considero que podemos melhorar neste objetivo.

Quando chega o resultado da citologia é avaliado pelo médico, no caso de ter alguma alteração indica-se tratamento ou se encaminha ao centro de saúde da mulher para a consulta especializada, seguem o estabelecido pelos protocolos. Utilizamos rastreamento oportunístico e organizado para detecção precoce do Câncer do Colo de Útero. É bom sinalar que ainda temos que trabalhar muito mais na organização do programa. Temos Protocolo de Prevenção do câncer de Colo Uterino produzido pelo Ministério de Saúde do 2013.

A estimativa de mulheres entre 25 – 64 anos na área de abrangência segundo o CAP é de 1101, mas temos na UBS 1065 mulheres (97%) que realizam acompanhamento no posto. Das mulheres cadastradas com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia temos 1059 (99%). Com exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso 6 usuárias e com exame citopatológico alterado 3 mulheres. Todas tiveram avaliação de risco, orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e orientação sobre DSTs. Com exames coletados com amostras satisfatórias foram 1000 usuárias (94%), e com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar também foram 1000 mulheres (94%).

Para alcançar uma melhoria na qualidade de vida e atenção de saúde de nossas mulheres, e com isto o fortalecimento do Programa Nacional de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, acredito que é importante o conhecimento da população sobre estas doenças, temos que garantir mais atividades de ensino, também assegurar um controle eficaz e acompanhamento das usuárias com exames positivos.

Nossas equipes devem conhecer a totalidade da população de nossa área da abrangência, identificar todas as mulheres que estão nesta faixa etária, as de maior risco, realizar mais ações de prevenção e promoção de saúde tanto em consulta como nas visitas domiciliares para aumentar a adesão destas mulheres aos exames, indicar como se realizar corretamente o autoexame das mamas, como prevenir as DST com o uso do preservativo, procurar e modificar fatores de riscos, sinais e sintomas destes cânceres.

A Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que ocorrem com muita frequência, constituem sérios problemas de saúde pública e são uma das principais causas de hospitalizações no Brasil.

O ministério da Saúde do Brasil com a finalidade de oferecer o cuidado que merecem estes usuários organizou estratégias de cuidado e seguimento para eles, através de programas de atenção como o Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, o qual oferece os benefícios necessários para todos os usuários, que são fornecidos através da atenção primária.

Na atenção primária de saúde são desenvolvidas muitas ações para a atenção integral dessas doenças, estas ações estão dirigidas à promoção, prevenção, diagnóstico oportuno e reabilitação dos usuários portadores de HAS e

DM, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, evitando assim a aparição a curto e longo prazos das complicações, e garantir aos usuários o desenvolvimento normal de suas atividades diárias

Na UBS realizamos atendimentos aos usuários de nossa área de abrangência com hipertensão e Diabetes todos os dias da semana em todos os horários, toda a equipe participa neste processo, incluindo o odontólogo e nutricionista, quando requisitados.

As consultas são feitas pelos médicos e enfermeiros, onde realizamos uma boa anamnese, com o objetivo de conhecer a história pregressa das pessoas; o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, e dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC; identificamos fatores de risco para DM e cardiovascular; avaliamos as condições de saúde e solicitamos os exames laboratoriais necessários, oferecemos orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle adequado do peso corporal, estimulação da prática de atividade física, e orientação sobre os malefícios do tabagismo e consumo de álcool, também quanto a prevenção e manejo das complicações crônicas, assim como reconhecer sinais e sintomas das complicações.

Todos os dados e informações são preenchidos nos prontuários clínicos, nutricional, e espelho de vacinas. Ainda temos que trabalhar um pouco mais sobre todo o planejamento das consultas, porque após o atendimento os usuários ainda não saem com a próxima consulta programada.

Dentro das ações que são desenvolvidas na UBS, no cuidado aos usuários com HAS e DM para melhorar a qualidade de vida e prevenir as complicações estão: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, de problemas de saúde bucal, saúde mental, obesidade e sedentarismo. Oferecemos atendimentos aos usuários com problemas agudos de saúde por HAS e Diabetes, mas não existe um excesso de demanda para esses problemas.

Contamos com os protocolos de atendimentos da Atenção Básica de HAS e DM do Ministério de Saúde de 2012, os quais são utilizados pelos profissionais da UBS, nas ocasiões em que surjam dúvidas no manejo destes usuários.

Em minha unidade não existe o programa HIPERDIA. Até o momento não temos disponibilizado um arquivo específico para o registro dos atendimentos dos adultos com HAS e DM, o que seria muito importante, pois com a existência dele verificaríamos usuários faltosos ao retorno programado, procedimentos em atraso,

adultos com riscos e completude de registros, mesmo assim todos os usuários são avaliados adequadamente dentro da possibilidade.

Não contamos com profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS.

Realizamos ações de prevenção e promoção de saúde nas atividades de grupos com hipertensos, são feitas duas vezes ao mês, nas comunidades onde participam além das equipes de saúde, o nutricionista. Mas só contamos com 80% de participação destes usuários.

Nestas atividades fazemos pesquisa ativa destas doenças, aferição de PA, falamos sobre hábitos alimentares saudáveis, e a importância de se evitar uma alimentação hipercalórica e com excesso de sal, estimulamos a prática sistemática de exercícios físicos e do controle do peso corporal; importância de evitar o consumo de medicamentos ou substâncias não prescritas por um médico, como: corticoides, antidepressivos, anticoncepcional, anti-inflamatórios não esteroides; e sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco.

Segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de usuários com HAS nossa área de abrangência é de 894, mas temos cadastrados na UBS só 103 usuários para uma cobertura de 12%. Temos um grande número de pessoas que são atendidas na UBS que não estão cadastrada, pois temos 7 das 9 microáreas que não tem cobertura de ACS e dificulta nosso trabalho. Dos usuários cadastrados 103 (100%) tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 20 usuários (19%). Todos tinham exames complementares periódicos em dia, assim como orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Tiveram avaliação de saúde bucal em dia 60 (58%).

Em relação à estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área; segundo o CAP é de 255, mas temos 26 (10%) usuários que fazem acompanhamento na UBS. Todos os usuários cadastrados tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Nenhum com atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias. Os 26 usuários (100%) estão com exames complementares periódicos em dia. Tiveram 20 (77%) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Todos tiveram

orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Dos usuários cadastrados 15 (58%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Como podemos observar os índices de cobertura e qualidade em nosso posto de saúde são muito baixos, acredito que é porque não existe um bom recolhimento de dados e perde-se informação e também porque existem muito poucos ACS, por isso, nas reuniões das equipes discutimos sobre este tema e avaliamos a possibilidade de fazer arquivos específicos para o controle destas doenças, que permitam-nos fazer uma boa interpretação e avaliação dos dados, assim como conhecer o número de usuários faltosos ao retorno programado, procedimentos em atraso, identificar adultos com DM e HAS de maior risco, verificar completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

Ainda temos muito que trabalhar na busca ativa de usuários assintomáticos, hipertensos e diabéticos não diagnosticados, que não buscam atendimento e que apresentam fatores de risco para desenvolver estas doenças e na educação permanente e sistematizada no desenvolvimento do autocuidado para contribuir a melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade de hipertensos e diabéticos.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso conforme proposto no Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde, 2006. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar na faixa etária de 60 anos ou mais.

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

Esta população precisa de atendimento priorizado e diferenciado, pelo que em nossa UBS são realizados atendimentos aos usuários de nossa área de abrangência todos os dias da semana, em todos os turnos, toda a equipe participa neste processo, incluindo o odontólogo, nutricionista e assistente social quando requisitados.

As consultas são feitas pelos médicos e enfermeiros, onde realizamos o exame físico, incluindo a verificação da pressão arterial, e dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC; avaliamos as condições de saúde e solicitamos os exames laboratoriais necessários. Sempre oferecemos orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle adequado do peso corporal, estimulação da prática de atividade física, e sobre os malefícios do tabagismo e consumo de álcool, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, DM e Depressão.

A estimativa de idosos nossa área de abrangência segundo o CAP é de 546, mas temos na UBS 470 (86%) usuários idosos cadastrados que realizam acompanhamento no posto. Segundo o teste tooltip os indicadores de qualidade são: 350 (74%) tem Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Com realização de avaliação Multidimensional Rápida 300 usuários (64%). 250 (53%) estão com acompanhamento em dia. Tiveram 170 (36%) Hipertensão arterial sistêmica e 105 (22%) Diabetes mellitus respectivamente. Todos estão com avaliação de risco para morbimortalidade. Com Investigação de indicadores de fragilização na velhice 410 usuários (87%). Todos receberam Orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e Orientação para atividade física regular. Estão com avaliação de saúde bucal em dia 350 (74%).

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha-espelho de vacinas, caderneta de saúde da pessoa idosa. Após do atendimento os usuários ainda não saem com a próxima consulta programada.

Realizamos ações no cuidado aos idosos como: promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, tabagismo e imunizações.

Na unidade não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos e seria importante sua existência para verificar Idosos faltosos e programar as consultas de retorno, com risco, procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas. Ainda não contamos com profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos idosos.

Contamos com o protocolo de atendimento da Atenção Básica para idosos de 2012, do Ministério da Saúde, os quais são utilizados pelos profissionais da UBS, quando precisamos em ocasiões em que temos dúvidas no manejo destes usuários.

Também no posto de saúde oferecemos diferentes programas para a atenção aos idosos tais como: Vacinas, Prevenção oportuna das doenças malignas, como a realização dos preventivos, mamografias na mulher e a indicação do PSA nos homens.

São realizadas atividades com grupos de idosos 7 vezes ao mês com uma participação de 80% dos usuários, oferecemos orientações enquanto ao cuidado e autocuidado do idoso, assim como são feitas dinâmicas com os idosos para promover a autoestima.

Os maiores desafios que temos é fazer o cadastramento e remapeamento da área de abrangência em sua totalidade para assim conhecer o número total de usuários com HAS e DM, pois temos muitos usuário que ainda não tem acompanhamento no posto e tem estas doenças, outro desafio importante é lograr para ter um profissional que se dedique ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos usuários com HAS,DM, usuários idosos, crianças, gestantes, ao Programa de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, também temos que garantir mais atividades de ensino de forma geral e assim melhorar as ações de promoção e prevenção na população.

Nossa equipe conta com uma boa estrutura, garantimos atendimento a todos os usuários que precisam de atendimento já seja de urgência ou não, assim como visitas domiciliares, contamos com várias especialidades o que diminui os encaminhamentos. Temos uma equipe quase completa com muita vontade de trabalhar em favor da população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Quando fazemos uma comparação com a tarefa feita na semana de ambientação, sobre a situação de ESFAPS, e comparamos com o relatório, penso que nossa visão sobre a situação de saúde da área e muito mais ampla, temos um melhor conhecimento da realidade de nossa população de abrangência e nossas ações vão ser direcionadas aos principais problemas de saúde detectados e a modificação dos principais fatores de riscos encontrados para lograr ter uma população mais saudável.

O trabalho na unidade permitiu que a equipe trabalhasse mais unida, em conjunto fomos capazes de identificar onde ficam nossos principais problemas e dificuldades, e de que forma pudessem ser implementadas algumas estratégias de melhora, a trabalhar com cada grupo específico compreendemos quais foram nossa debilidade, e de que jeito vamos a enfrentar os problemas. Com nosso trabalho dia a dia alcançamos um bom engajamento com nossa comunidade, além de lograr envolver a toda a equipe no trabalho educativo-preventivo; nos programas e protocolos da Atenção Básica do Ministério de Saúde que a maioria das vezes não são 100 % cumpridos nem conhecidos pela equipe, aperfeiçoar os registros com as informações sobre os diferentes programas, criar os registros que não existiam, discutir e avaliar ações realizadas nas reuniões de equipe, etc.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistema (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças preveníveis, mas se não tratadas, elas são também fatores de risco para as doenças cardiovasculares, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência renal, entre outras. Na Atenção Básica (AB) existe o cenário adequado para aplicar e incrementar as ações educativas para mudar estilos de vida errados, para um mais saudável e buscar a adesão dos usuários ao tratamento médico para evitar complicações. É por isso que minha motivação para o trabalho de intervenção centra-se sobre estas duas doenças. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013)

A UBS é uma unidade grande, nela trabalha 1 equipe de saúde da família composta por: dois médicos, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e 2 agentes comunitários de saúde. Além disso têm 4 médicos clínico, 1 oftalmologia, 1 cardiologia, 2 nutricionista, 1 Psiquiatria, 1 psicólogo, 1 quiroprático, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo, 2 ultrassonografistas, dois ginecologistas, 1 pediatra, 3 odontólogos, 1 Lic. Enfermagem, 6 técnicas de enfermagem, 1 secretário de saúde, 4 assistentes de administração, 1 recepcionista e 6 motoristas. Temos uma população total de 4.000 habitantes, 1,886 do sexo feminino e 2,114 do sexo masculino.

Na ESF os índices de cobertura e qualidade destas doenças estão abaixo das estimativas do Ministério da saúde. Temos cadastrados na UBS 103 usuários com HAS para uma cobertura de 12% e segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de usuários com HAS nossa área de abrangência é de 894. Temos um grande número de pessoas que são atendidas na UBS que não estão cadastrada,

pois temos 7 das 9 microáreas que não tem cobertura de ACS e dificulta nosso trabalho. Dos usuários cadastrados 103 (100%) tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 20 usuários (19%). Todos tinham exames complementares periódicos em dia, assim como orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Tiveram avaliação de saúde bucal em dia 60 usuários (58%).

Em relação ao número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área temos 26 (10%) usuários que fazem acompanhamento na UBS; segundo o CAP é de 255. Todos os usuários cadastrados tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Nenhum com atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias. Os 26 usuários (100%) estão com exames complementares periódicos em dia. Tiveram 20 (77%) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Todos tiveram orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Dos usuários cadastrados 15 (58%) estão com avaliação de saúde bucal em dia

São desenvolvidas ações de saúde no cuidado aos usuários com HAS e DM para melhorar a qualidade de vida e prevenir as complicações delas: oferecemos atendimentos todos os dias da semana, em diferentes horários, nas consultas fazemos diagnóstico e tratamento de problemas clínico geral, avaliação nutricional, problemas de saúde bucal, saúde mental, controle adequado do peso corporal, estimulação da prática de atividade física, e orientação sobre os malefícios do tabagismo e consumo de álcool, também enquanto à prevenção e manejo das complicações crônicas. Fazemos busca ativa de usuários de hipertensos e diabéticos não diagnosticados, que não acodem às consultas e que apresentam fatores de risco para desenvolver estas doenças.

Nossa proposta é melhorar a cobertura em 85% dos usuários portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Para envolver a toda a equipe temos ideado fazer uma capacitação a equipe para realizar um melhor acolhimento destes usuários com estas doenças, e também capacitar as agentes comunitárias para realizar o registro adequado dos usuários solicitando todos os dados necessários para ter conhecimento certo sob os indicadores de qualidade do Programa

HIPERDIA. Também realizaríamos uma reunião técnica para expor a situação atual do programa e a justificativa do porquê de esta intervenção e explicar detalhadamente nossos objetivos e as metas que esperamos alcançar. Dentro das principais dificuldades temos a falta de registros ou arquivos específicos que permitam um monitoramento adequado destas ações programáticas. Viabilizam a realização da intervenção, o ter um cadastro e cobertura do 100% da população, assim como ter uma cobertura de agentes comunitárias para todas as áreas de abrangência. Em geral espero melhorar todos os indicadores de qualidades referentes ao programa. Isto a traves da implementação de arquivos específicos que permitam melhorar o controle, e ao mesmo tempo aumentar o número de consultas destes grupos, organizar ainda mais o rastreamentos destas doenças, e por último mais no menos importante aumentar o número de ações e as participantes nas atividades de promoção e prevenção de saúde.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Central em Tupandi/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Metas.

1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**Metas.**

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**Metas.**

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**Metas.**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas.

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), e a Diabetes Mellitus (DM) apresentam alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida das pessoas, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologias sofisticadas, e ambas podem ser tratada e controlada com

mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). Por tanto, estas duas doenças devem ser alvo da atenção pela sociedade, principalmente quando juntas, geram potenciais complicações, elevam o índice de mortalidade, além de o impacto financeiro que têm para as famílias e para o sistema público no mundo inteiro. A complexidade destas doenças implica a necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento de pessoas com HAS e DM, incluindo seus familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas. Por tanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os usuários portadores destas doenças é um aspecto fundamental para alcançar estilos de vida saudável e assim melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

2.3.1 Detalhamento das Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/o diabéticos.

Meta:

1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.1. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação:

- Monitorar 894 hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar 255 diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

- Propusemos-nos a monitorar o número destes usuários cadastrados no Programa semanalmente, por meio dos prontuários clínicos, será criado um arquivo específico donde se registrara o agendamento de cada consulta de

maneira planejada e coordenada e assim souber os usuários faltosos. Serão priorizado os atendimentos e acolhimentos destes usuários de forma permanente para fazer atendimento além das consultas de acompanhamento nos horários estabelecidos (3 horários semanais), os casos com problemas agudos serão atendidos no momento e sairão das consultas com retorno agendado. Também os Agentes Comunitários de Saúde serão capacitados adequadamente pela médica ou a enfermeira em quanto ao cadastramento adequado de todos os usuários de nossa área de abrangência.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço ação é:

Ação:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

- Os Agentes Comunitários de Saúde serão capacitados adequadamente em quanto ao cadastramento adequado de todos os usuários de nossa área de abrangência.
- A coordenação do posto garantirá o material adequado para a tomada da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica), e para a realização do hemoglicoteste. Serão priorizado os atendimentos e acolhimento destes usuários de forma permanente para fazer atendimento, além das consultas de acompanhamento nos horários estabelecidos

No eixo de Engajamento Público a ação é:

Ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação:

- Serão incrementadas as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, de uma atividade por mês a duas atividades grupais. Mediante estes encontros informaremos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus existente na unidade de saúde, como um aspecto priorizado na atenção básica, também sobre a importância de chequear a tensão arterial de forma sistemática assim como de fazer-se o exame de glicose através do método de hemoglicoteste, e sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

Ação:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação:

- Os Agentes Comunitários de Saúde serão capacitados adequadamente pela médica ou a enfermeira em quanto ao cadastramento adequado de todos os

usuários de nossa área de abrangência. As técnicas enfermagem realizaram a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta:

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Detalhamento das ações:

- Incrementaremos o número de consultas do mês a 3 horários semanais para o programa HIPERDIA o qual permitirá uma maior cobertura assistencial para este grupo de usuários sem afetar o resto de outros grupos populacionais a (2 consultas pela médica e 1 pela enfermeira) em turnos diferentes. Realizaremos o exame clínico apropriado aos 100% dos hipertensos e diabéticos seguem estabelecido por o protocolo do Ministério de Saúde Pública nas consultas de acompanhamento, assim como garantiremos a realização dos exames complementares necessários, avaliaremos a necessidade de atendimento odontológico, e priorizaremos a prescrição de medicamentos da farmácia aos 100% destes usuários cadastrados na UBS.

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

- Para este se organizaram os serviços, com a criação de um arquivo específico que permita-nos monitorar e avaliar periodicamente estes usuários.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço ação é:

Ação:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

- Responsabilizaremos um membro da equipe que dedica-se a avaliação destas ações semanalmente, após de cada reunião da equipe os ACS e demais profissionais serão capacitados em quanto ao manejo e acompanhamento destes usuários, garantindo assim que os mesmos se mantenham atualizados de forma periódica. Disponibilizaremos um protocolo atualizado na equipe sobre as duas doenças.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações:

- Através da associação do bairro e nas atividades educativa com a comunidade, onde se informara a importância da realização o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos com a realização de exames periódicos, da avaliação por odontologia e exame clínico integral correspondente, assim como as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia. Por meio de pôster informaremos em quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, para desta forma conscientizar a estes usuários em quanto a necessidade de ser avaliados de forma periódica pelos profissionais.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

Ação:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento das ações:

- Os profissionais serão capacitados em quanto ao manejo e acompanhamento dos usuários, pelo que serão disponibilizados os protocolos atualizado na equipe sobre as duas doenças garantindo assim que os mesmos se mantenham atualizados de forma periódica.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento das ações:

- Responsabilizaremos um membro da equipe que dedica-se a avaliação destas ações semanalmente com a ajuda do arquivo específico que nos permitirá monitorar e avaliar periodicamente estes usuários.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço ação é:

Ação:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações:

- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) serão os encarregados de buscar usuários faltosos, nas visitas domiciliares e informar a data de agendamento das consultas, os dados sobre estas usuários serão informados pelo responsável do livro de registro nas reuniões da equipe duas vezes ao mês.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento das ações:

- Aumentaremos o número das visitas domiciliar e organizaremos a agenda para acolher estes usuários provenientes das buscas domiciliares. Também na associação do bairro e na comunidade explicaremos a importância do acompanhamento dos usuários com estas doenças, em quanto a consultas e sua periodicidade, será necessário ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus em caso que existiram número excessivo de faltosos. A equipe será capacitada em quanto a isto também.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

- Capacitaremos aos ACS sobre a importância do acompanhamento dos usuários em quanto à periodicidade das consultas, sobre à realização do exame e como educar aos usuários sobre hábitos e estilos de vida saudável para assim evitar futuras complicações. Esta capacitação será realizada de forma progressiva, tendo lugar já antes do início da intervenção em encontros de capacitação.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- A equipe de saúde fará duas vezes ao mês as reuniões de monitoramento das ações, onde serão feita uma avaliação do livro de registro dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, criado pelos profissionais da equipe, com inclusão das informações da ficha espelho e prontuário clínico dos usuários. O monitoramento será feito por um membro da equipe eleito por nós para que seja responsável pelo mesmo e onde daremos respostas às metas e indicadores estabelecidos para a intervenção, e controle dos principais problemas detectados.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço ação é:

Ação:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de

risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações:

- Manter as informações atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, disponibilizaremos a caderneta de acompanhamento destas ações que a técnica de enfermagem preencherá com os dados dos usuários, porém que agora deveremos dar continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta. Será Definido um responsável para o monitoramento dos registros.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações:

- Através das visitas domiciliares, e nos atendimentos de saúde realizados pela equipe nas comunidades, serão feitas atividades onde serão esclarecidas a importância sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

Ação:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertensos e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como o registro

adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta capacitação será realizada de forma progressiva nos encontros da equipe.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações:

- Nossa meta é realizar estratificação do risco cardiovascular aos 100% de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de nossa área de abrangência. Para atingir esta proposta a equipe se propõe monitorar o 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação do risco cardiovascular por ano em consulta de acompanhamento. Priorizara-se o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda. Os usuários deveram ser orientados em quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular

No eixo de Organização e Gestão do Serviço ação é:

Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Pretenderemos desenvolver consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

Ação:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações:

- Os usuários e a comunidade em geral receberam educação em saúde por meio de palestras e atividades educativas com grupo de hipertensos e diabéticos em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, tabagismo).

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:

Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

- Capacitara-se a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, assim como da importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

No eixo Monitoramento e avaliação a ação é:

Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento das ações:

- Monitorar através de prontuários clínicos e fichas de atendimento a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com odontologia, nutricionista, atividade física, e riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço ação é:

Ação:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações:

- Nos encontros na comunidade orientaremos sobre hábitos e estilos de vida saudável. Organizaremos a agenda de consulta medica de forma que possibilitemos atenção aos hipertensos e diabéticos com o tempo necessário e brindar as orientações adequadas em cada usuário, pelo que estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco. Vamos gerenciar a possibilidade de compra de medicamentos para o tratamento de abandono ao tabagismo com o gestor.

No eixo de Engajamento Público a ação é:

Ação:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Serão planejadas práticas coletivas sobre alimentação saudável, e prática de atividade física, junto com nossos gestores parcerias institucionais a equipe pretende envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade com os usuários que formem parte desta ação programática. A través de pôster, videoconferência, apresentações em data show e distribuição de folder, orientaremos a comunidade, usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, assim como a importância da prática de atividade física regular, higiene bucal, sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mesmo.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:*Ação:*

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

- A equipe será capacitada sobre práticas de alimentação saudável além de metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta. 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta.1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador. 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador.2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador. 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador. 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta. 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador. 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta. 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador. 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta.3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador. 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta. 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador. 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas.

Meta. 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta. 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta.6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador. 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta.6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador. 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta.6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador. 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta.6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador. 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador. 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador. 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador. 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador. Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta. 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador. 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador. Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus vamos adotar os Cadernos da Atenção Básica. Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Para realizar o monitoramento, primeiramente, as ações serão registradas nos prontuários clínicos destes usuários, mas como ele não contém as informações necessárias sobre o acompanhamento da saúde destes usuários como por exemplo, estratificação do risco, lesão de órgãos alvos, exames clínico e laboratoriais, avaliação bucal, vacinas, orientações sobre promoção de saúde, medicação de uso contínuo, assim como os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, a equipe utilizara a ficha espelho que o curso disponibilizo com todos estes dados que será impressa num número de 600 na própria unidade de saúde. Nos propomos alcançar com a intervenção um 85% de índice de cobertura pelo que precisamos de um livro de registro destes usuários onde serão anexadas estas informações, para o preenchimento dos dados do acompanhamento.

Para organizar o registro específico do programa, elegeremos em reunião de equipe um profissional para que seja responsável pelo mesmo. Ele revisará os dados do livro de saúde destes usuários dos últimos três meses disponibilizado na

unidade e, os prontuários clínicos destes usuários, identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses, e transcreverá todas as informações disponíveis para as fichas espelhos e a planilha que o curso oferece para a qual temos um computador disponível na unidade de saúde, estas informações serão discutidas nas reuniões da equipe duas vezes ao mês, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre exames e consultas atrasadas que facilite a busca dos usuários faltosos através de, visitas domiciliares feitas pelos ACS.

Começaremos a intervenção com a capacitação de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para que a equipe toda utilize esta referência na atenção aos usuários portadores destas doenças em quanto ao manejo e acompanhamento dos mesmos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados uma hora ao final da reunião quinzenal da equipe. Cada membro da equipe estudara uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para aumentar o porcentual do cadastro e adesão a consulta dos usuários com hipertensão e diabetes é preciso fazer uma boa educação em saúde para isto contaremos com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais farão orientações em cada visita domiciliar aos usuários e famílias sobre a importância da alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, malefícios do tabagismo, e a existência de tratamentos para abandonar o mesmo, importância da higiene e avaliação frequente da cavidade bucal, com a entrega de panfletos de informações, que serão confeccionados pela equipe, e impressos na direção da UBS. Também serão informados sobre a existência do Programa de atenção a estes usuários existente na unidade de saúde, sobre a consulta de acompanhamento, frequência e horários das mesmas, facilitando assim o acompanhamento dos mesmos. Serão realizados encontros mensais com a comunidade a fim de realizar atividades educativas relacionadas à prevenção destas doenças.

O acolhimento destes usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, priorizando sempre aqueles usuários com atrasos em na consulta programada, os usuários avaliados como de alto risco, com problemas agudos de saúde, e os que buscam agendamento para a consulta de acompanhamento. Os usuários sairão da unidade com a próxima consulta agendada, para organizar a intervenção aumentaremos o número de consultas,

sendo que as mesmas se realizarão em três turnos semanais, totalizando 16 usuários atendidos por turno.

Para avaliar o impacto da educação em saúde no incremento das consultas onde o médico realizará o exame físico completo, incluindo a verificação de pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC, avaliação do risco cardiovascular ao 100 % destes usuários, além de a avaliação bucal, tendemos em conta o comportamento dos mesmos antes da intervenção e após desta. Para a análise dos resultados usaremos como base os dados coletados nas fichas e nos demais registros, faremos uma interpretação dos mesmos e ofereceremos as conclusões do trabalho, além disso, avaliaremos a participação e adesão popular no acompanhamento dos usuários.

Nas consultas feitas as necessidades de atendimento odontológico não são muito grande, contamos na unidade de saúde com vários odontólogos e o tipo de atendimento odontológico que se oferece é de forma agendada, para organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos, a equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal tomo como estratégia dar atendimento a 8 usuários com hipertensão semanal e 4 com diabetes, as quais serão agendadas previamente pela equipe de saúde.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo primeiramente sobre a existência do programa na UBS, a importância da consulta de acompanhamento regular, assim como solicitaremos o apoio da comunidade para a identificação dos usuários com atrasos na consulta programada, e os que ainda não fazem acompanhamento na unidade de saúde, para isto os agentes comunitários de saúde todos os dias da semana nas visitas domiciliares farão busca ativa dos mesmos, esclarecendo a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento destes grupos populacionais. Também todos os meses compartilharemos nas reuniões com a comunidade os indicadores de qualidade, os faltosos ao retorno programado, e estado do programa.

É importante a pesquisa de sinais e sintomas das complicações destes usuários pelo qual o enfermeiro e o médico capacitaremos os ACS na avaliação de risco para ambas doenças, a importância do registro desta avaliação, assim como conhecimento das medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, para isto cada 15 dias nas reuniões da equipe habilitaremos uma hora

onde o enfermeiro e a médica abordaram o tema. Essas capacitações serão realizadas de modo progressivo, sempre nas reuniões de equipe e abordando os demais assuntos pertinentes para a prevenção destas doenças. Os responsáveis por essas capacitações da equipe serão o enfermeiro e a médica e os recursos necessários são: Cadernos da Atenção Básica. Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, pôster, videoconferência, apresentações em data show e distribuição de folders elaboradas pelo enfermeiro e com apoio dos gestores da unidade nos recursos como folhas, impressora e outros que se precisassem. A equipe nas ações de saúde realizadas na comunidade abordará estes temas para facilitar a identificação dos usuários com maior risco e assim estabelecer um acompanhamento diferenciado dos mesmos, realizaremos registro no livro de saúde destes usuários os quais serão monitorizados duas vezes ao mês nas reuniões da equipe onde o responsável do mesmo informará os usuários que recebam estas orientações.

A equipe em conjunto com os gestores da unidade temos proposto manter todas as condições necessárias que satisfaçam as necessidades da população da nossa área adstrita, contamos com os materiais e recursos necessários e suficientes para desenvolver esta atividade (estetoscópio, esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica hemoglicoteste). Também com ajuda dos representantes da comunidade temos proposto orientar os usuários hipertensos e diabéticos além da comunidade sobre a importância da consulta de acompanhamento, realização de exames e periodicidade dos mesmos, em quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, assim como sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, importância de manter uma boa higiene bucal e avaliação periódica da mesma, através das ações de saúde planejadas nas reuniões semanais.

Vamos aumentar as atividades de promoção e educação em saúde sobre a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis, sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo, e para isto realizaremos atividades educativas planejadas pelo enfermeiro, utilizaremos pôster, videoconferência, apresentações em data show e distribuição de folders elaborados pelo mesmo e com apoio dos gestores da unidade nos recursos como folhas, impressora e outros que forem necessários. Esses

materiais também serão utilizados nas demais atividades educativas proposta pela equipe. Ao final de cada mês a equipe analisará os resultados da intervenção pelos dados do arquivo específico criado por nós e que o membro responsável do mesmo atualizará e informará para avaliar os resultados do programa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as 16 semanas de nosso projeto de intervenção, são várias as ações realizadas durante estas semanas podendo assinalar os encontros com a equipe de saúde envolvida na intervenção, onde capacitamos a equipe sobre o protocolo técnico atualizado para o manejo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sobre o acolhimento, utilização das fichas espelho e sobre o monitoramento dos resultados do exame dos usuários com estas doenças. Também estabelecemos o papel de cada profissional nas ações programáticas. Toda a equipe foi treinada para o preenchimento das informações, foram mostradas e explicadas a Planilha de Coleta de Dados e ficha espelho, que foram utilizadas para a coleta de nossas informações.



Figura 01 - Fotografia Equipe de saúde

Fonte: Arquivo próprio.

Assim como avaliamos as ações programadas utilizando as fichas espelho e realizando discussões sobre os resultados. Capacitamos os Agentes Comunitários de Saúde para o cadastro e busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Realizamos vários grupos com usuários com hipertensão e diabetes onde também participaram outras pessoas que ainda não tem doença mais tem familiares que apresentam a doença. Nesses grupos falamos sobre a importância das ações de nosso projeto e solicitamos apoio para a estimulação dos usuários portadores destas doenças, orientamos sobre a importância da prática regular de atividade física e estimulamos a utilização de nossas academias ao ar livre, sobre higiene bucal e necessidade de ter um hábito alimentar saudável. Da mesma forma aconteceu com nosso grupo de tabagismo.



Figura 02- Fotografia Grupo de usuárias com hipertensão e diabetes

Fonte: Arquivo próprio.



Figura 03- Fotografia Academia ao ar livre
Fonte: Arquivo próprio.



Figura 04 - Fotografia Grupo de tabagismo
Fonte: Arquivo próprio.

Os atendimentos clínicos foram realizados semanalmente conforme ao planejado. A enfermeira e eu realizamos consultas de qualidade à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes mellitus, que incluíam uma boa anamnese, exame físico completo com verificação da Pressão Arterial, estratificação do risco cardiovascular, dados antropométricos para avaliação do estado nutricional, orientamos sobre habito alimentar saudável, importância da higiene bucal, risco de tabagismo. Realizamos a estratificação de risco cardiovascular seguindo o escore de Framingham, teste de glicose, avaliação dos resultados dos exames feitos e solicitação se precisasse. Também investíamos em estratégias de educação em saúde durante as consultas clínicas, permitindo que eles conhecessem mais a respeito de sua doença crônica, e também incentivados a tornarem-se responsáveis por seu cuidado e de sua família, além disso, estimulávamos que falassem para os demais usuários sobre o programa e a sua importância.



Figura 05- Fotografia Atendimento de usuários HAS nosso posto saúde do interior.

Fonte: Arquivo próprio.

Quanto ao monitoramento da intervenção, essa foi uma ação realizada cada semana na reunião da equipe como planejado no cronograma, o responsáveis pelo preenchimento dos dados na ficha de coleta de dados tanto em consulta como em visitas domiciliar, informavam como estava o andamento da semana anterior, número de usuários avaliados e com necessidade de atendimento odontológico, exames feitos, exames atrasados, faltosos as consulta, assim como, usuários orientados sobre estilos de vida saudável, e fatores de risco para desenvolver estas doenças.



Figura 06- Fotografia Visitas domiciliares a usuários com HAS

Fonte: Arquivo próprio.



Figura 07- Fotografia Visita domiciliar a usuária com DM e HAS

Fonte: Arquivo próprio.

As atividades educativas com os grupos de hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita foram feitas pela equipe (Médica, Enfermagem, Técnica de Enfermagem e ACS), Nutricionista, Odontólogos e Assistente Social quando requisitado, seguindo o cronograma, quinzenalmente. Realizamos palestras, vídeos informativos, e distribuição de folders que vinham prontos da Secretaria de Saúde. Durante as atividades educativas tratamos de temas como: a importância das consultas de acompanhamento, adesão ao tratamento, sensibilização para a necessidade da aferição da tensão arterial de forma sistemática, assim como, de fazer-se o exame de glicose através do método de hemoglicoteste nos casos necessários, controle dos fatores de risco passíveis de modificação como a não adesão e/ou redução ao uso de tabaco, álcool e drogas; a importância da prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis, higiene bucal, cuidados com os pés para os usuários diabéticos, além do reconhecimento de sintomas e sinais das complicações decorrentes destas doenças. Estas atividades foram feitas na própria comunidade e cada uma foi preparada e realizada por todos os integrantes da equipe.



Figura 08 - Fotografia Palestra de saúde

Fonte: Arquivo próprio.

Sabemos que ainda falta muito por fazer mais pouco a pouco continuaremos com o trabalho mesmo depois de terminar nosso projeto, pois o mais importante é melhorar a saúde dos usuários com estas doenças e diminuir as complicações. Irá ser de aqui em diante parte de nossa rotina de trabalho.



Figura 09 - Fotografia Nossa Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Arquivo próprio.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante nosso projeto não foi necessário fazer modificações ou adaptações e não foi identificado nenhum obstáculo, não tivemos nenhum problema na coleta e sistematização de dados na planilhas a única coisa que dificultou um pouco o trabalho foi que só temos 2 agentes comunitários de saúde, por isso o cadastro e busca ativa de usuários com estas doenças foi mais lento do que o planejado. Mas mesmo assim a equipe fica muito satisfeita com os resultados obtidos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização dos dados não tivemos nenhum problema pois conseguimos trabalhar com as fichas espelho, planilha de coleta de dados, assim como prontuários clínicos dos usuários. Para o preenchimento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores não tivemos dificuldade já que era feito no computador da unidade pela Técnica de enfermagem que foi a responsável designado pela equipe, os quais não tiveram problemas para colocar os dados e cada semana informarmos o andamento da intervenção, fazendo interpretação dos gráficos e facilitando a elaboração dos diários.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já está implementada na UBS, dentro das atividades diárias, por conseguinte, continuará em andamento e esperamos atingir o 100% de nossas metas, no período de seis meses sempre e quando a equipe fique completo, pois ainda faltam ACS, que serão proximamente contratados. Com esta incorporação o primeiro serão o registro e cadastramento de toda a população dessa área descoberta e a busca da ativa dos usuários portadores de ambas doenças crônicas.

4 Avaliação da intervenção

A avaliação da intervenção é o primeiro passo para realizar verificações e análises envolvendo aspectos importantes da Atenção Básica inseridos na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades nas dezesseis semanas de intervenção.

4.1 Resultados

A intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Tupandi, município Tupandi, RS. Sendo assim, a população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais foram 894 usuários com Hipertensão Arterial (HAS) e 255 com Diabetes Mellitus (DM). Com a intervenção conseguimos cadastrar 194 usuários hipertensos (21,7%) e 48 usuários diabéticos (18,8%), que agora estão sendo acompanhados em nossa UBS.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

- **Meta 1.1:** Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Meta 1.2:** Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Obteve-se na figura 10: no primeiro mês da intervenção 7,5% (66), no segundo mês 13,1% (116), no terceiro mês 13,1% (116) e no quarto mês 21,9% (194). Nesse sentido a disponibilidade de tempo para alcançar 85% dos

usuários hipertensos foi a principal causa dos resultados, mas a equipe está satisfeita com os resultados.

Se analisarmos que a meta proposta na intervenção era cadastrar 85% de hipertensos, não conseguimos alcançá-la apesar dos esforços mantidos pela equipe devido a inúmeras dificuldades enfrentadas ao longo destes 16 semanas entre elas a falta de 7 ACS, a longa distância entre a UBS e a área de abrangência, e situações climáticas como fortes chuvas, no terceiro mês foram as minhas feiras e a equipe só conseguiu acompanhar aos usuários já cadastrados no primeiro e segundo mês, realizando com eles atividades grupais e não individuais, pelo que não conseguiram fazer novos cadastros, pelo que no terceiro mês não temos casos novos, no entanto houve muitos avanços e melhorias com relação a cobertura na UBS, o qual foi possível com o trabalho em união da equipe, cadastro adequado de todos os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, aumento da frequência das consultas na UBS com atendimento clínico qualificado, visita domiciliar, busca dos usuários faltosos a consultas programadas, aumento de educação em saúde com a comunidade e grupos de hipertensos e diabéticos, porém, ainda precisa ser feito mais, devemos continuar com pesquisa ativa destas doenças ocultas na população, alcançar o cadastro e acompanhamento do 100% destes usuários, e continuar com incremento das atividades educativas.

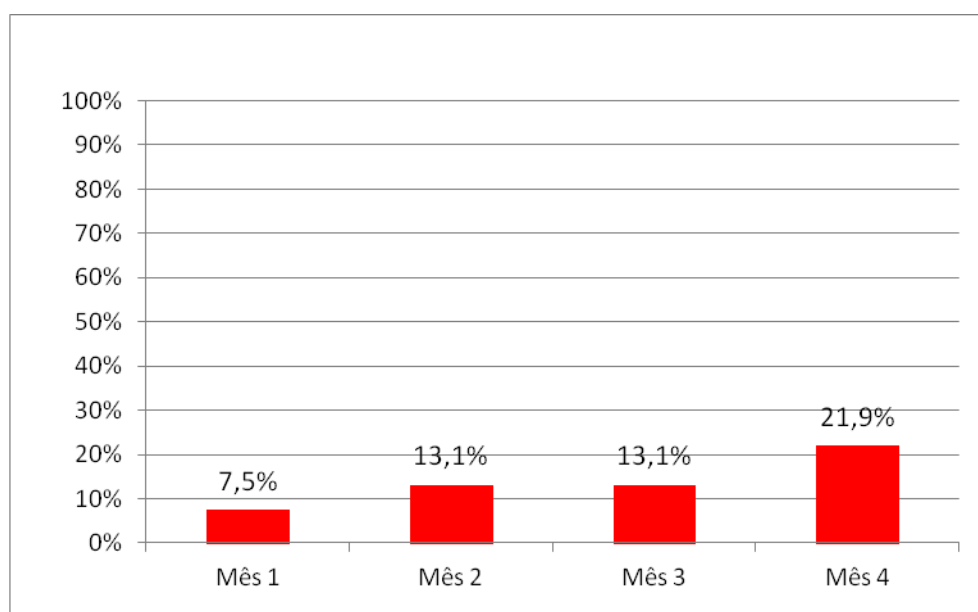


Figura 10 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Tupandi. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

O indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 11, no primeiro mês desenvolveu-se 3,9% (10), no segundo mês 8,2% (21), no terceiro mês 8,2% (21) e no quarto mês 18,8% (48). Ao final da intervenção alcançamos uma cobertura de 18,8%, não alcançando a meta de cobertura inicialmente proposta de 85%. As causas são as mesmas explicadas anteriormente, mais continuaremos nosso trabalho até conseguir o cadastro do 100 % de todos os usuários com esta doença.

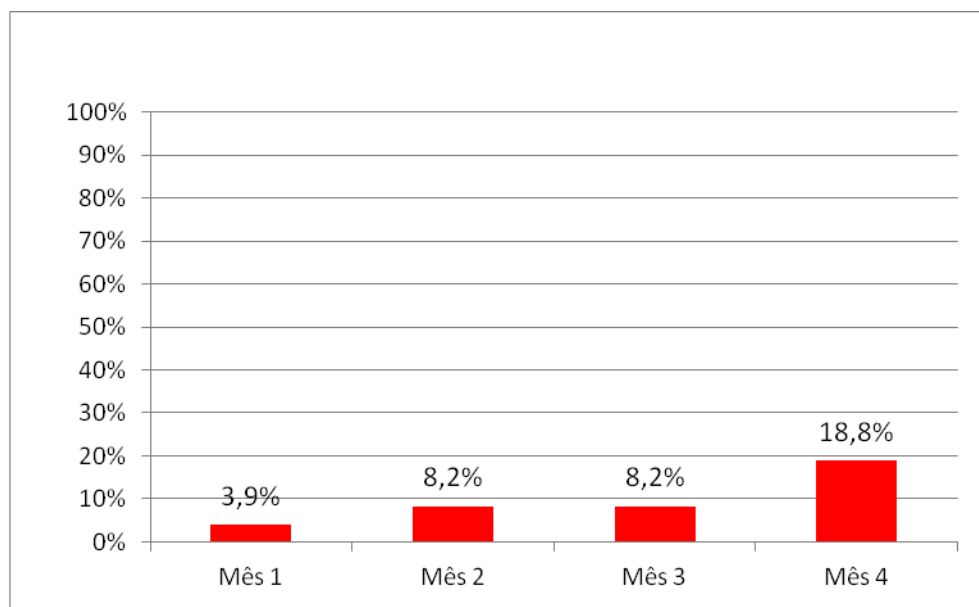


Figura 11 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Tupandi. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2. 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Para melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área adstrita, tínhamos como meta realizar o exame clínico a 100% dos usuários pertencentes ao grupo prioritário segundo o estabelecido pelo protocolo do Ministério de Saúde: Cadernos da Atenção Básica. Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013).

O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 12, no mês 1 obteve-se 36,4% (24), no mês 2, 37,1% (43), no mês 3, 70,7% (82) e no mês 4, 93,8% (182). Os dados foram adquiridos dos prontuários com prazo de validade de um ano, observando que a maioria dos usuários tinham sido acompanhados anteriormente, coisa que ajudou para obter os resultados finais da investigação. Mais algum dos usuários tiveram dificuldade para fazer os exames laboratoriais o que desfavoreceu o resultado final da intervenção.

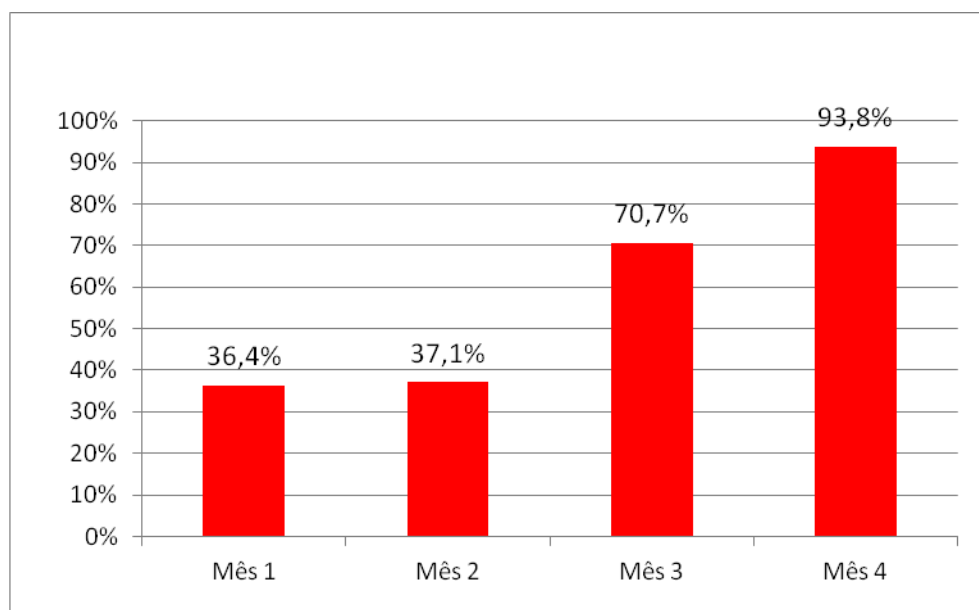


Figura 12 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Em relação à proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo pretendendo realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, observou-se, em acordo com a Figura 13, que no mês 1, obteve-se 40,0% (4), no mês 2, 28,6% (6), no mês 3, 76,2% (16) e no mês 4,

89,6% (43). Neste indicador podemos observar que conseguimos alcançar mais de 50% da população desse grupo de usuários em conjunto com o trabalho, união e esforços mantidos pela equipe. Os dados foram adquiridos dos prontuários médicos com prazo de validade de um ano, alguns dos usuários tinham sido estudado anteriormente, coisa que ajudou para obter os resultados finais da investigação. Mais também alguns dos usuários tiveram dificuldade para fazer os exames laboratoriais o que desfavoreceu o resultado final da intervenção. Nas consultas tivemos em conta: História clínica (antecedentes de saúde), exame físico geral, avaliação laboratorial realizada 1 vez ao ano e a estratificação do risco individual. Os usuários foram avaliados e orientados sobre tratamento, hábitos alimentares saudáveis, higiene bucal, risco de tabagismo e estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham.

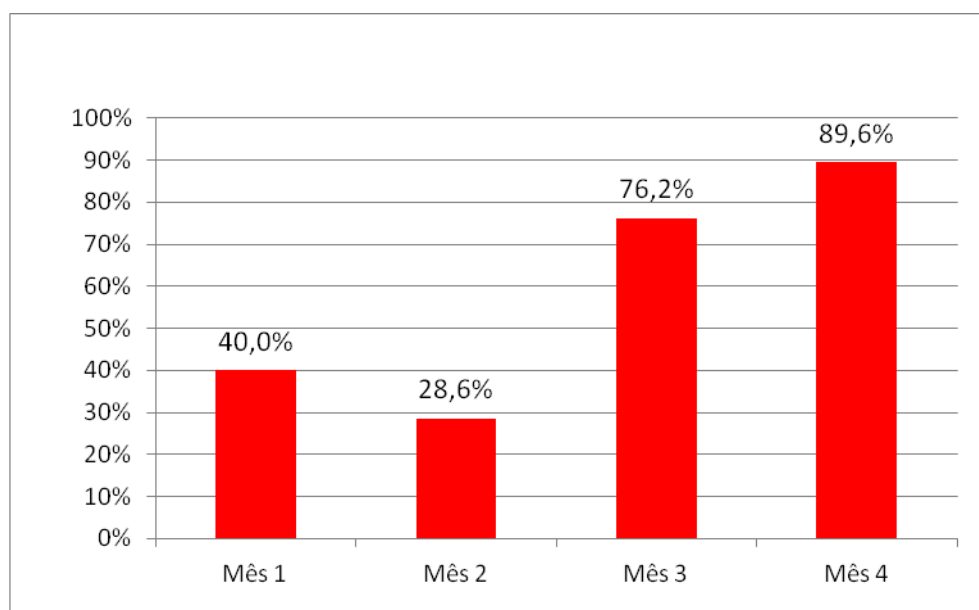


Figura 13 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ainda com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, estimamos garantir para 100% deles a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Observando-se na figura 14, referente no primeiro mês desenvolveu-se em 33,3% (22), no mês 2, 35,3% (41), no mês 3, 69,8% (81) e no mês 4, 90,2% (175). Este indicador não atingiu mais usuários porquanto o custo de alguns exames são elevados e adunque a secretaria junto com a prefeitura proporcionam recursos financeiros para pagar os exames, também temos outros programas que precisam destes recursos, por exemplo: atenção à saúde da criança, gestantes, controle de câncer de mama e colo de útero, controle de câncer de próstata e saúde de idosos. No período da intervenção tivemos campanha de controle de câncer de mama com mamografias para mais menos 400 usuárias o que teve um alto custo, Pelo que não foi possível a realização do 100% dos usuários, adunque alguns dos dados foram tomados dos prontuários médicos.

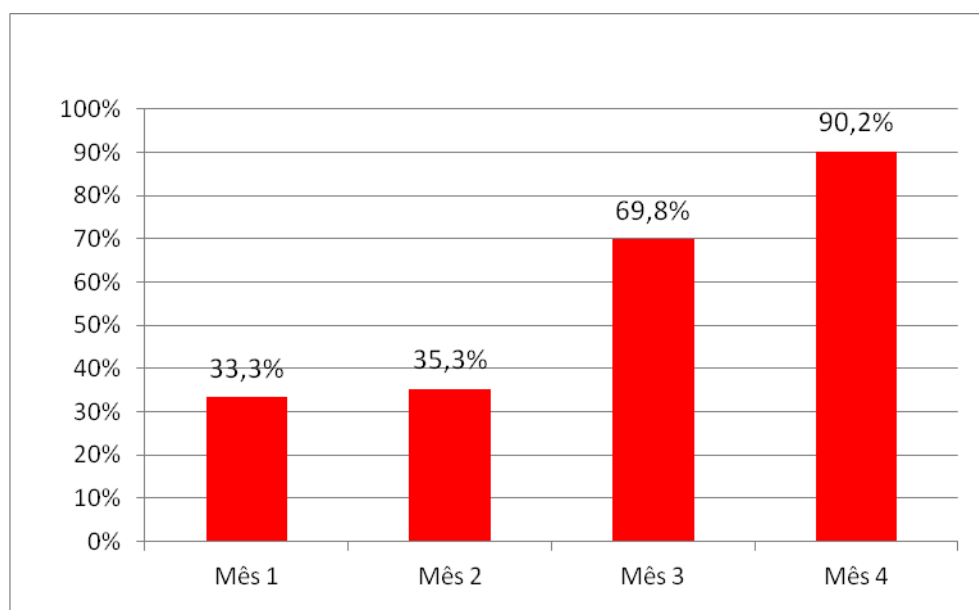


Figura 14 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Quanto à meta que aponta garantir 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, como mostra a Figura 15, observou-se, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4, 40,0% (4), 28,6% (6), 76,2% (16) e 85,4% (41). Neste item vemos que o 85,4% dos

usuários tem os exames laboratoriais em dia, os dados foram coletados dos prontuários, consultas medicas e nas visitas domiciliares. As causas são as mesmas explicadas anteriormente, mais continuaremos nosso trabalho até conseguir o cadastro do 100 % de todos os usuários com esta doença.

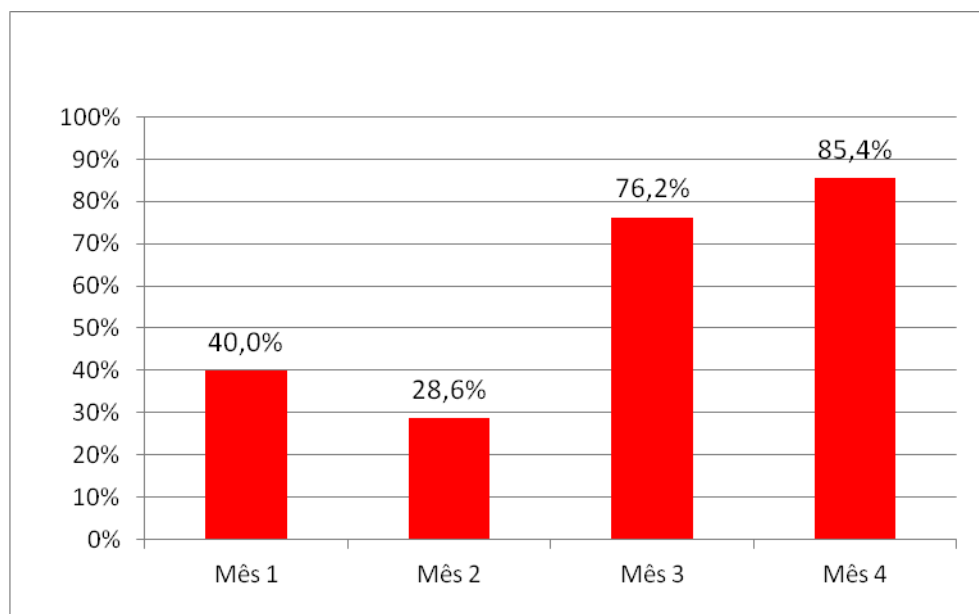


Figura 15 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2. 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Nas metas que apontam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, percebeu-se que nos usuários hipertensos no mês 1, desenvolveu-se 98,5% (65), no mês 2, 97,3% (110), no mês 3, 99,1% (113), e no mês 4, 96,9 (186). Não foi alcançado 100% porque o governo não fornece algum dos medicamentos que eles precisam, assim precisam comprar. Os dados foram coletados a traves do prontuários médicos e interrogatório dos usuários.

Na mesma meta, em relação aos usuários diabéticos, consolidou-se no mês 1, 2, 3 100% nos três meses de intervenção, tendo no primeiro mês 10, no segundo mês 21, no terceiro mês 21 e no quarto mês 46 usuários diabéticos 97,9%. Aqui não atingimos 100 % dos usuários pela mesma causa anterior. Como se mostra nas Figuras 16 e 17, respectivamente.

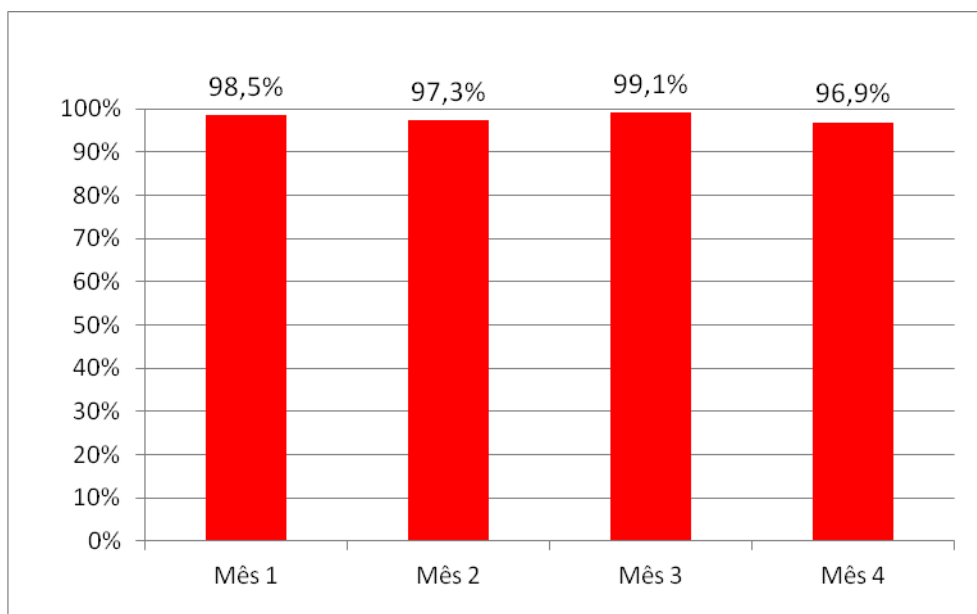


Figura 16 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

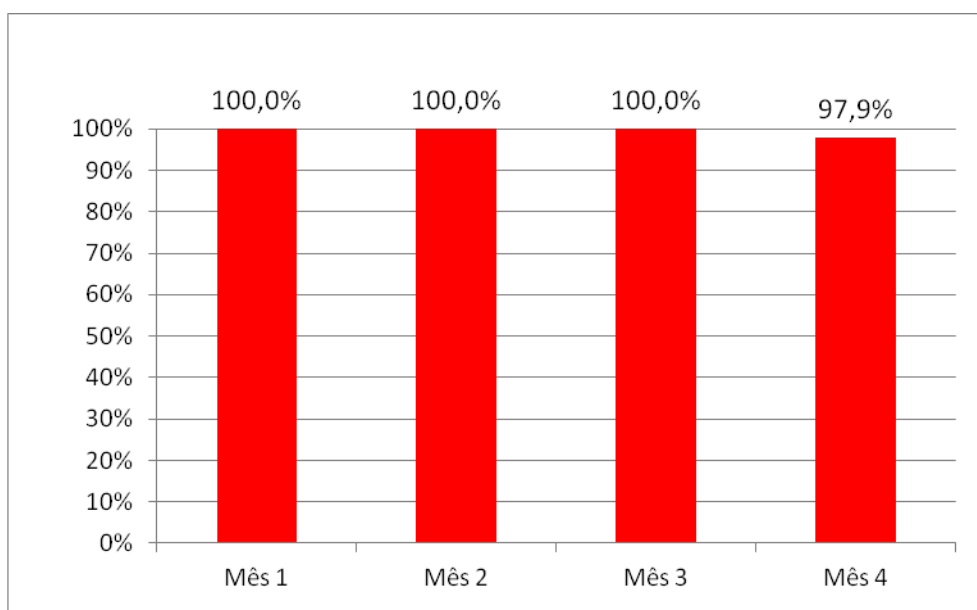


Figura 17 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabético.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, conforme a Figura 18, no mês 1 apresentou-se 84,8% (56), no mês 2, 84,5% (98), no mês 3, 90,5% (105) e no mês 4, 90,7% (176). Neste caso 100 % não conseguimos atingir, por causa que não aceitavam ser avaliado nesse momento e outros estão sendo atendidos por dentistas privados. Mesmo assim o nosso odontólogo realizou acompanhamento dos usuários pela avaliação da cavidade bucal (necessidade de restaurações, extrações e tratamento periodontal) tanto em consulta como em visita domiciliar, realizando ações de promoção e prevenção nas comunidades, durante os nossos encontros.

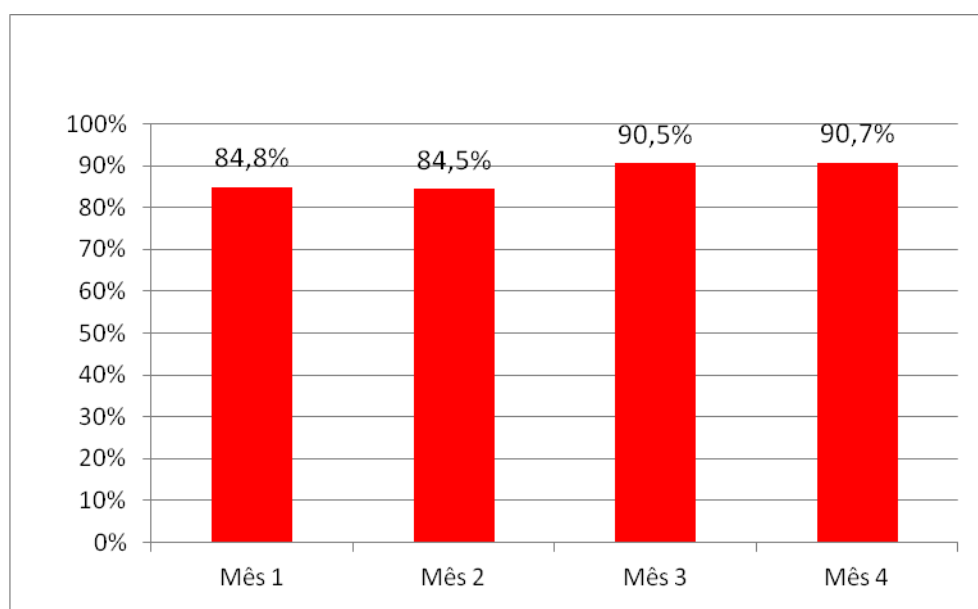


Figura 18 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Ainda com a finalidade de melhorar a qualidade de atenção aos usuários sob necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos realizamos avaliação da mesma tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no mês 1 em 80,0% (8), no mês 2, 81,0% (17), no mês 3, 85,7% (18) e no mês 4, 93,8% (45), como destaca a Figura 19. Neste caso foram as mesmas causas descritas anteriormente.

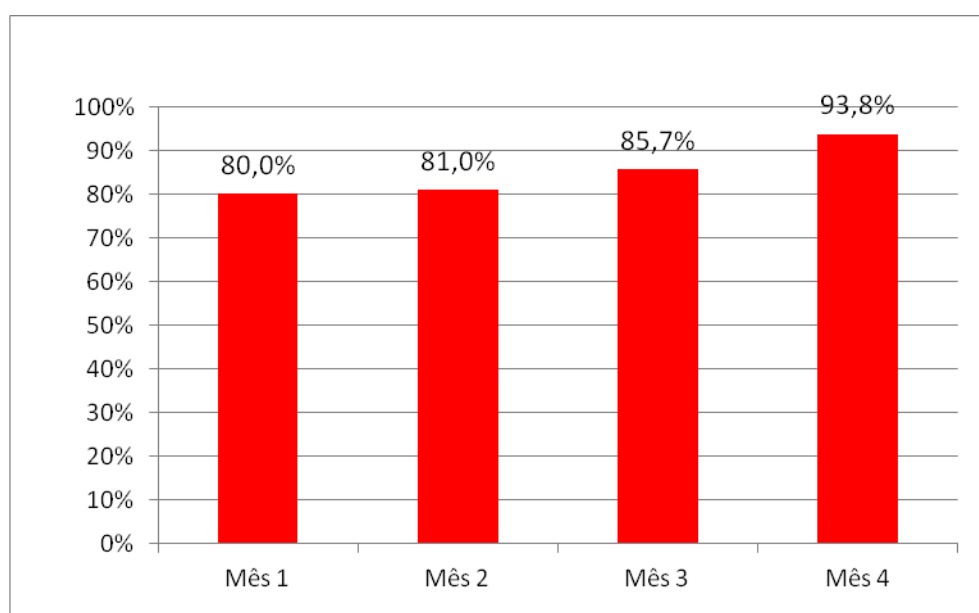


Figura 19 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Dentro do objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas foram buscar 100% dos hipertensos e dos

diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. O indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, representou no mês 1, 82,4% (14), no 2 mês 84,2% (32), no mês 3, 73,3% (11) e no mês 4, 97,4% (38). Como se apresenta na Figura 20. Neste caso não conseguimos atingir 100 % dos casos, porque a maioria trabalha é difícil para eles sair do trabalho e ir à consulta e também a falta ACS dificulto a busque da destes usuários pois temos uma área de abrangência muito grande e distantes.

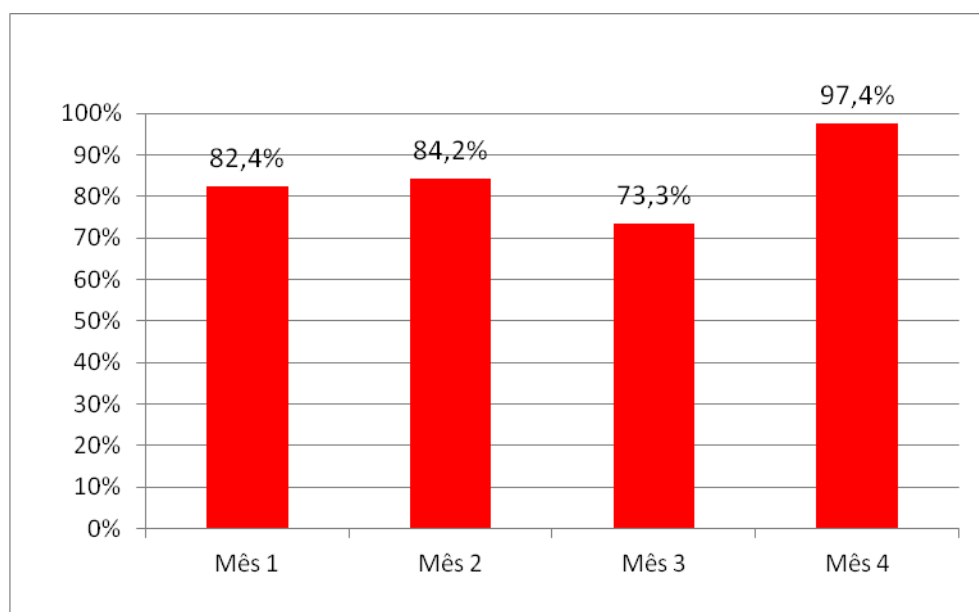


Figura 20 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, obteve-se, como aponta a Figura 21, no mês 1, 66,7% (2), no mês 2, 90,9% (10), no mês 3, 75,0% (3), no mês 4, 100,0% (18). Aqui as causas foram às mesmas do caso anterior.

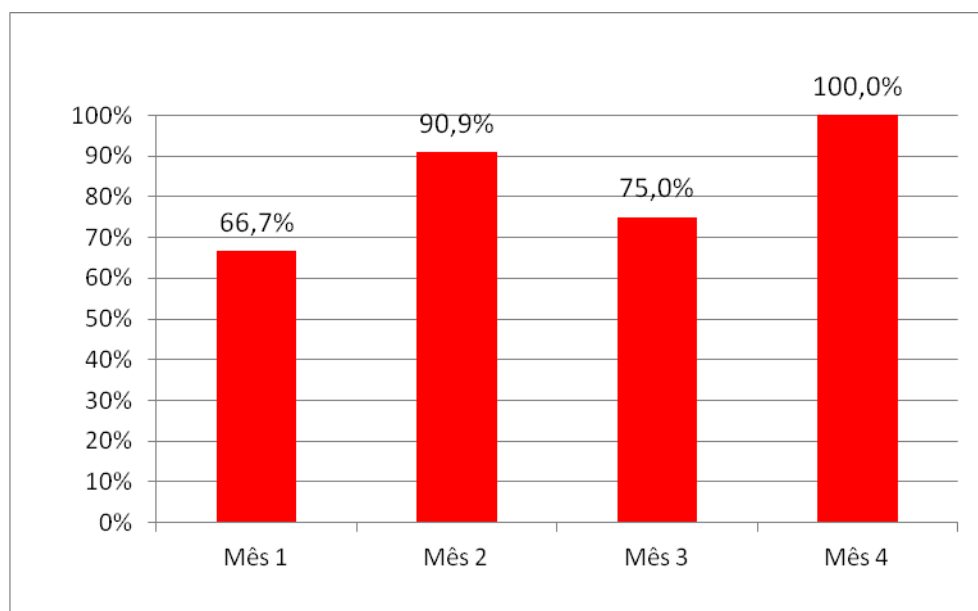


Figura 21 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No objetivo específico 4, referente a melhorar os registros das informações nas fichas de acompanhamento de hipertensos, as metas relativas ao objetivo dos registros foram 100%. O mesmo teve um acompanhamento regular, como mostra a Figura 22. No primeiro mês obteve-se 45,5% (30), no mês 2, 39,7% (46), no mês 3, 70,7% (82) e no mês 4, 90,7% (176). A maioria dos cadastros foram feitos nas visitas domiciliares com a planilha desenhada por nossa equipe e muitos usuários não foram a consulta depois das visitas nas suas casas e por isso que não atingimos um número maior de usuários.

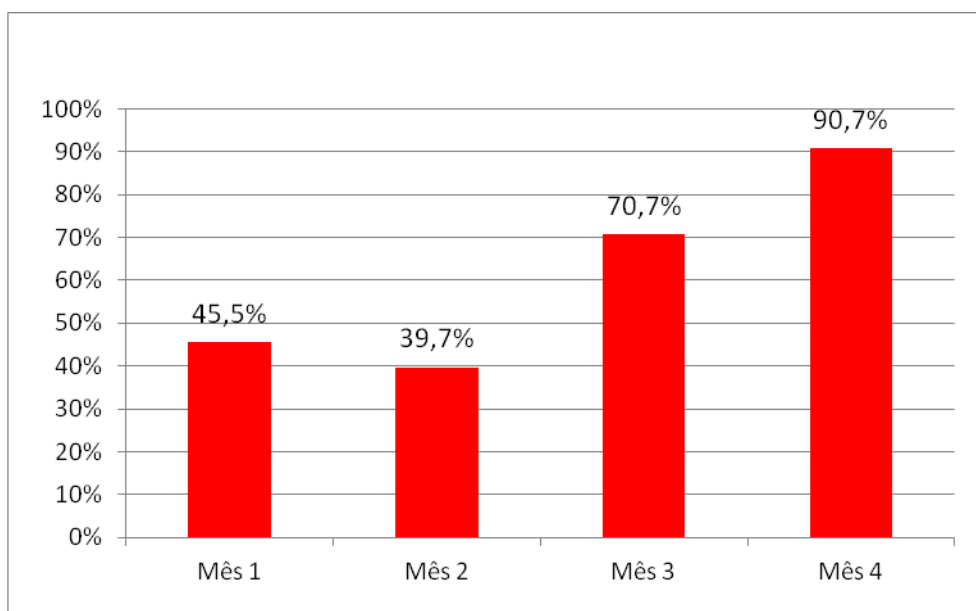


Figura 22 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

De forma semelhante aconteceu os usuários com diabetes, a proporção destes com registro adequado na ficha de acompanhamento foi no mês 1, 40,0% (4), no mês 2, 28,6% (6), no mês 3, 76,2% (16) e no mês 4, 87,5% (42). Aqui foram as mesmas causas do item anterior. Como indica a Figura 23.

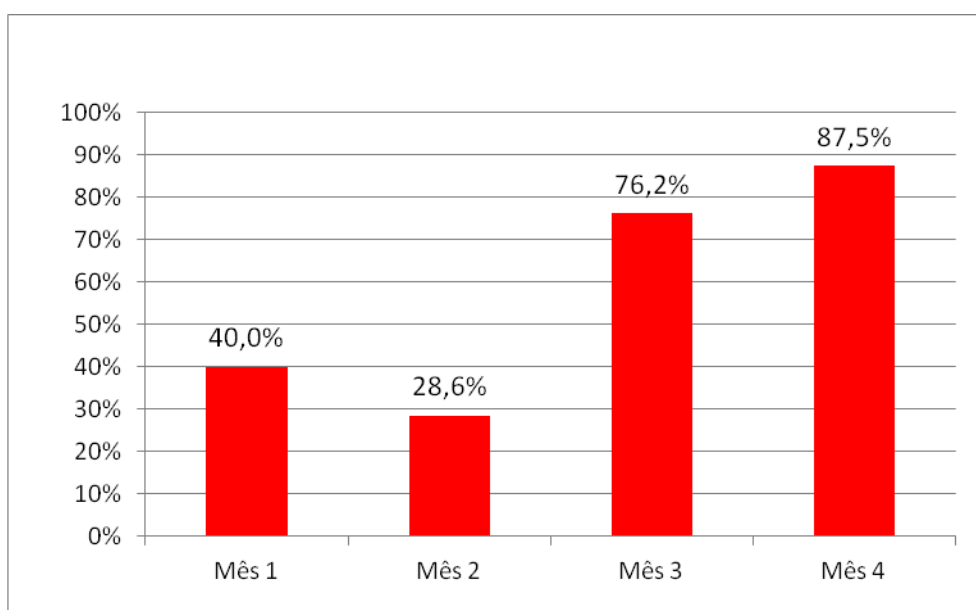


Figura 23 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi o quinto objetivo de nossa intervenção. A meta estimada foi realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de nossa área de abrangência. Para alcançar esta meta proposta a equipe se propões a monitorar a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação do risco cardiovascular por ano em consulta de acompanhamento.

Nesse sentido, a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi; como destaca a Figura 24, no mês 1, 57,6% (38), no mês 2, 49,1% (57), no mês 3, 71,6% (83) e no mês 4, 90,7% (176). Neste objetivo da avaliação de risco cardiovascular foi feito atendendo a doença que sofre o usuário com avaliação dos exames laboratoriais (colesterol, triglicerídeos), hábitos e costumes alimentarias e pratica de alguma atividade física, segundo escore de risco de Framingham.

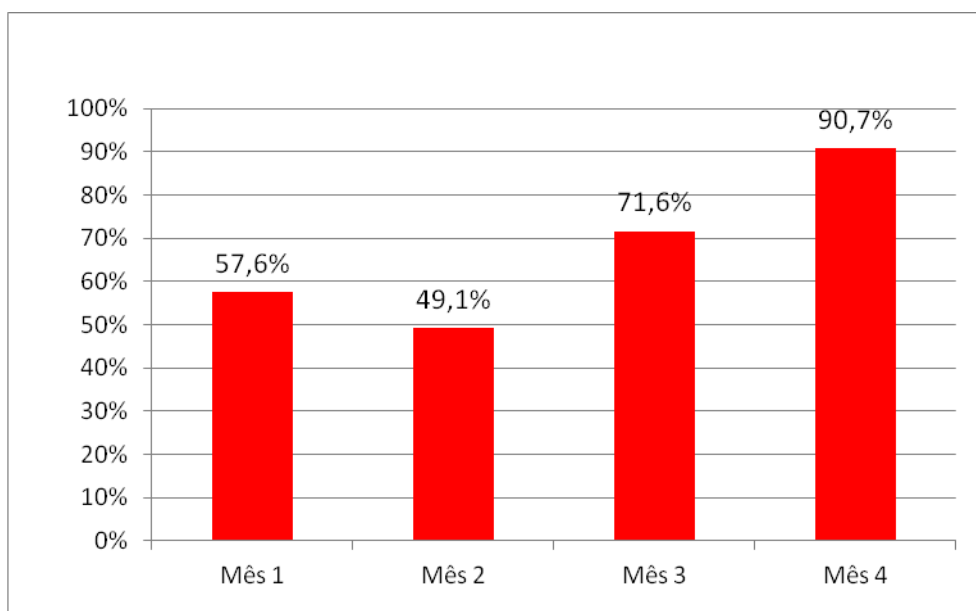


Figura 24 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Em relação aos diabéticos, a proporção destes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia observou-se no 1 mês, 60,0% (6), no mês 2, 42,9% (9), no mês 3, 76,2% (16) e no mês 4, 87,5% (42), como destaca a Figura 25. Os indivíduos avaliados como alto risco são acompanhados trimestralmente após orientações sobre estilo de vida saudável.

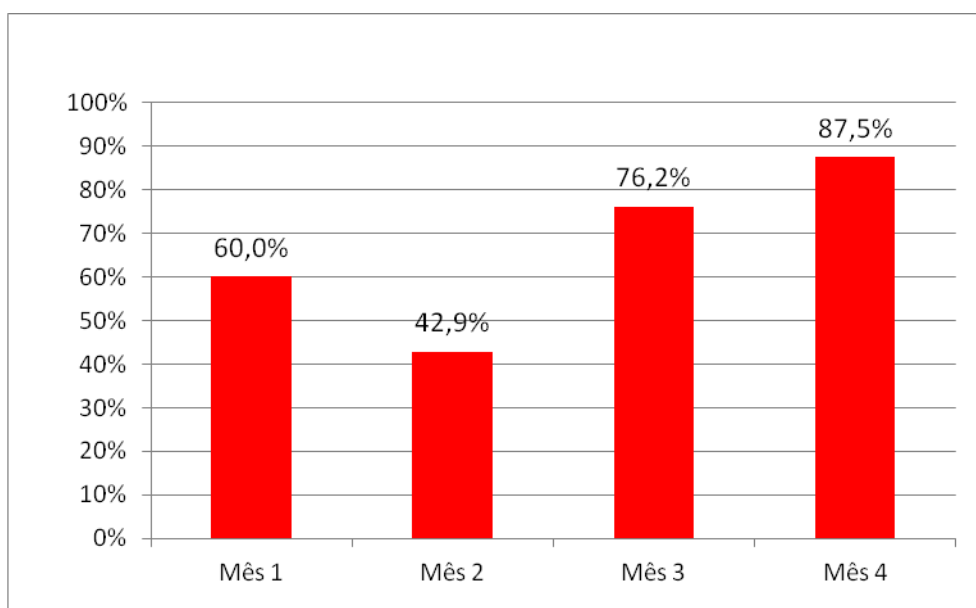


Figura 25 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Outro dos objetivos específicos foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas eram para serem desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos, comportou-se, em acordo com a Figura 26, no mês 1, 86,4% (57), no mês 2, 87,9% (102), no mês 3, 96,6% (112) e no mês 4, 98,5% (191). Aqui o 100% não foi atingido porque muitos usuários no momento das palestras não estavam presentes por diferentes causa como despreocupação o por que estavam trabalhando, os usuário foram informados em temas de educação e prevenção em saúde.

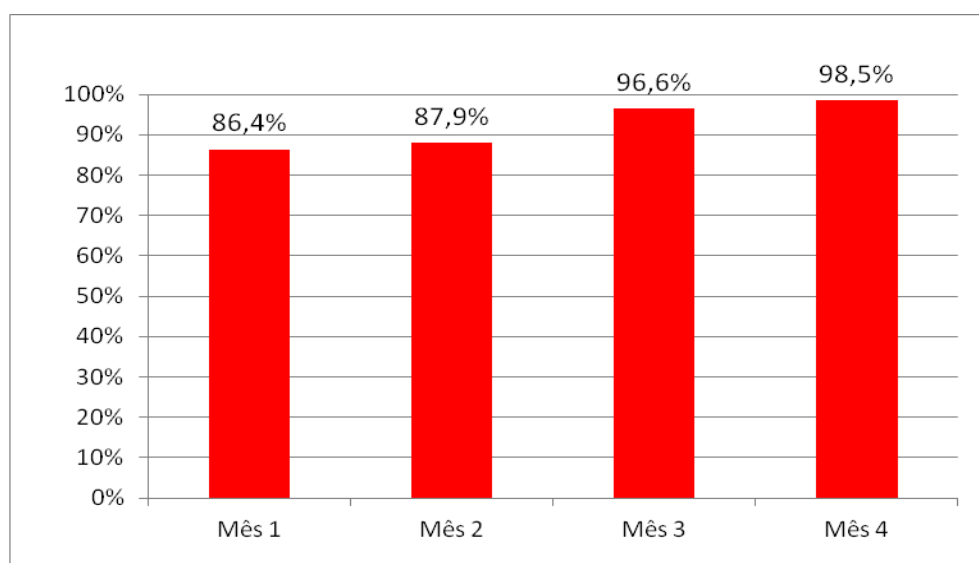


Figura 26 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 27, observou-se no primeiro mês 90,0% (9), no segundo mês 90,5 % (19), no terceiro mês 100,0% (21) e no quarto mês 95,8% (46). Os temas tratados neste aspecto foram referentes aos prejuízos dos carboidratos e açúcares para a saúde nos usuários diabéticos, e sobre estilos de vida saudáveis.

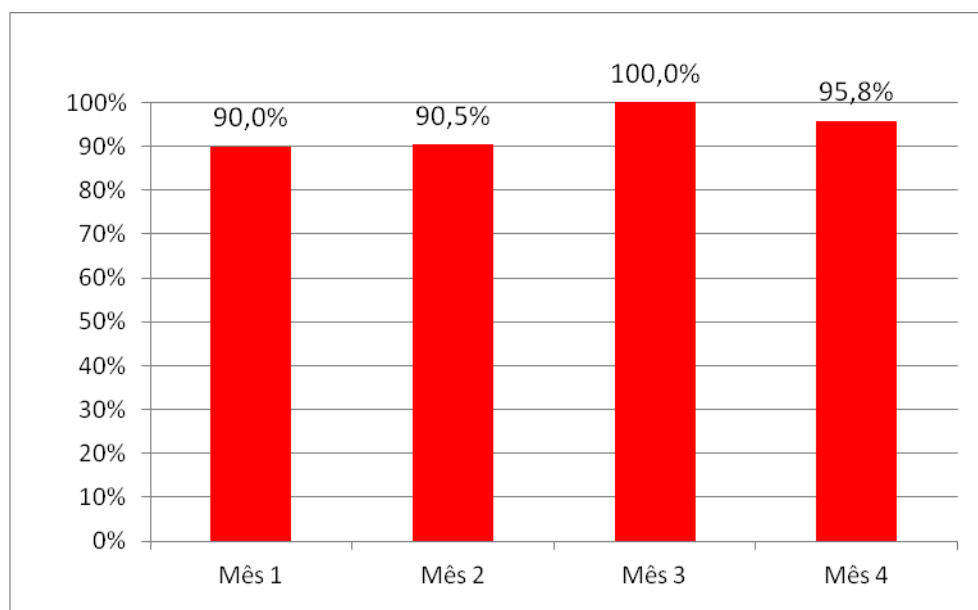


Figura 27 – Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos usuários diabéticos.

As orientações sobre a prática de atividade física regular a usuários hipertensos comportou-se segundo mostra a Figura 28, que no mês 1, 86,4% (57), no mês 2, 82,8% (96), no mês 3, 91,4% (106) e no mês 4, 97,4% (189) tiveram orientação sobre prática de atividade física regular. Nas consultas e visitas domiciliares foram realizadas conversas sobre importância da prática de exercício físico pra manter um bom estado de saúde, mas alguns não gostaram da ideia, causa pela qual não atingimos o 100%.

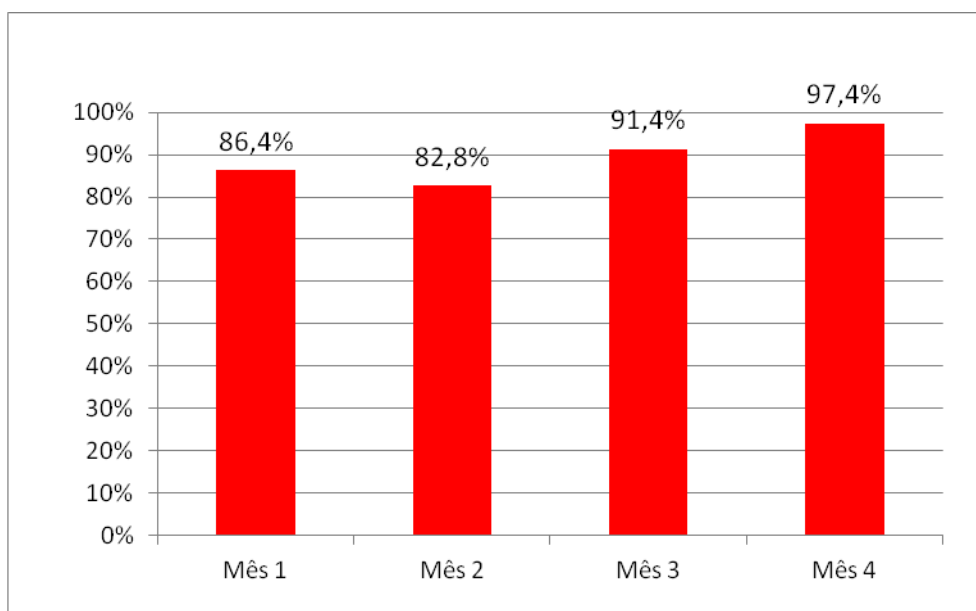


Figura 28 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Enquanto aos diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, em correspondência com a Figura 29, obteve-se no mês 1, 90,0% (9), no mês 2, 81,0% (17), no mês 3, 95,2% (20) e no mês 4, 93,8% (45) que tiveram orientação. Aqui realizamos as mesmas ações que no anterior.

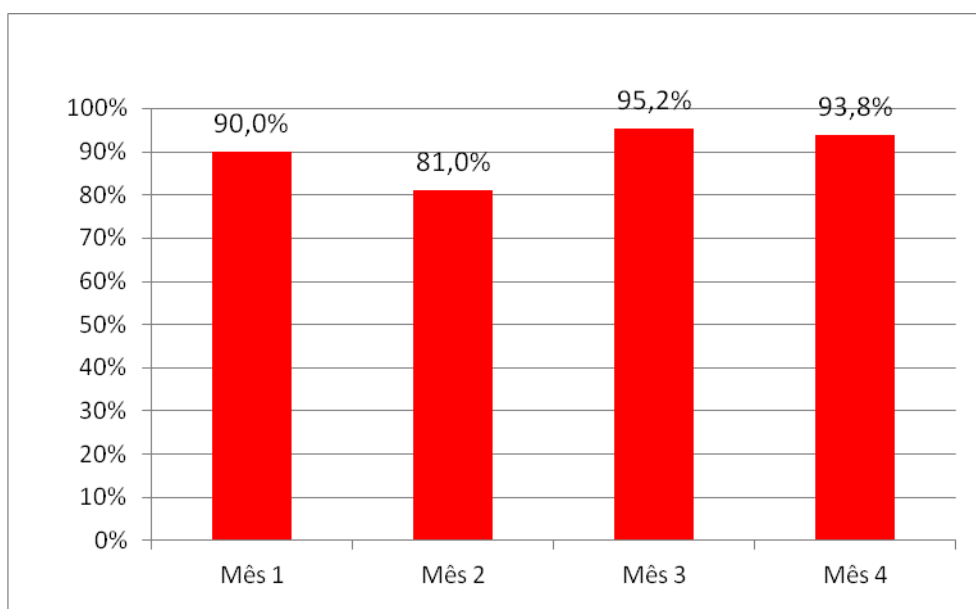


Figura 29 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Em relação as ação sob orientação aos usuários hipertensos sobre os riscos do tabagismo, obteve-se no mês 1, 87,9% (58), no mês 2, 85,3% (99), no mês 3, 94,0% (109) e no mês 4, 96,4% (187) usuários com orientação adequada, de acordo a Figura 30. Em todas as visitas a equipe falou sobre o mal habito de fumar e a importância de evitar fumar para evitar doenças pulmonares, também realizamos grupos de tabagismo com resultados satisfatórios.

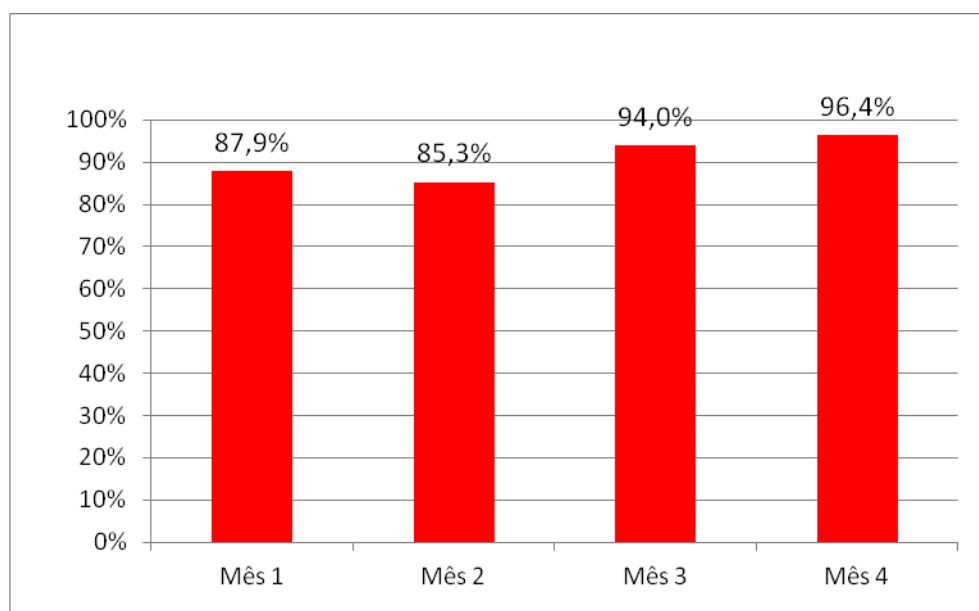


Figura 30 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em acordo com a Figura 31, foram no 1 mês 90,0% (9), no mês 2, 76,2% (16), no mês 3, 95,2% (20) e no mês 4, 93,8% (45) usuários que receberam orientação adequada. Neste caso as orientações foram iguais ao item anterior.

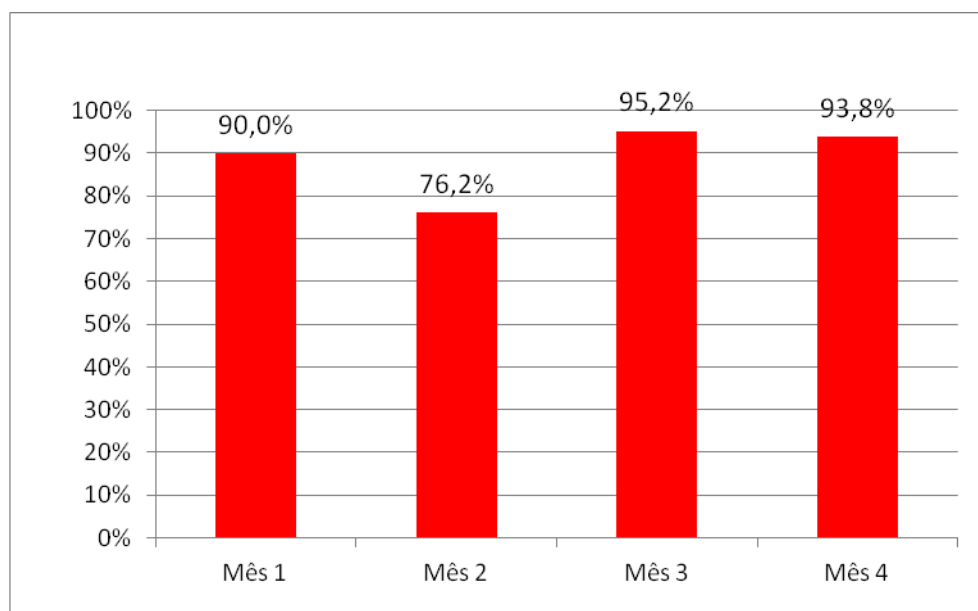


Figura 31 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Nas ações sob orientação sobre higiene bucal a proporção de hipertensos comportou-se segundo com a Figura 32, no mês 1, 90,9% (60), no mês 2, 89,7% (104), no mês 3, 94,8% (110) e no mês 4, 94,8% (184) de usuários com orientação adequada. As atividades realizadas foram tanto individuais como coletivas tendo como princípios a promoção e prevenção de agravos à saúde entre elas: roda de conversa, visitas domiciliares e consultas com agendamento. Estas atividades foram feita pelo dentista do grupo, ele fez avaliação bucal a maioria dos usuários, só um pequeno grupo não participou, pois alegaram que tinham médico privado para seu atendimento.

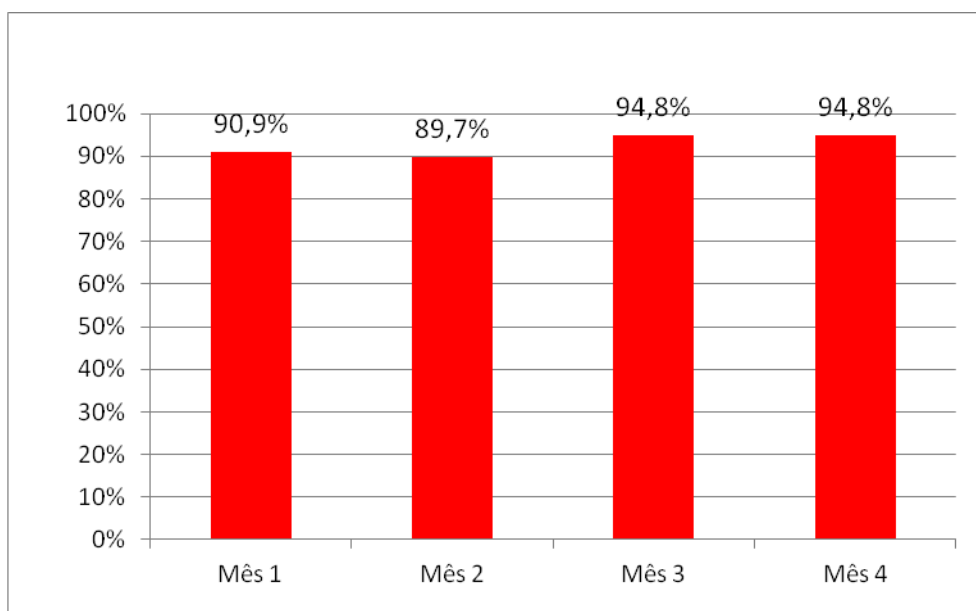


Figura 32 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Os diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal obteve-se no mês 1, 2, 3 e 4 respectivamente, 100,0% (10), 90,5% (19), 95,2% (20) e 91,7% (44) de usuários com orientação adequada, como mostra a figura 33. Estas atividades foram feitas da mesma maneira que a anterior.

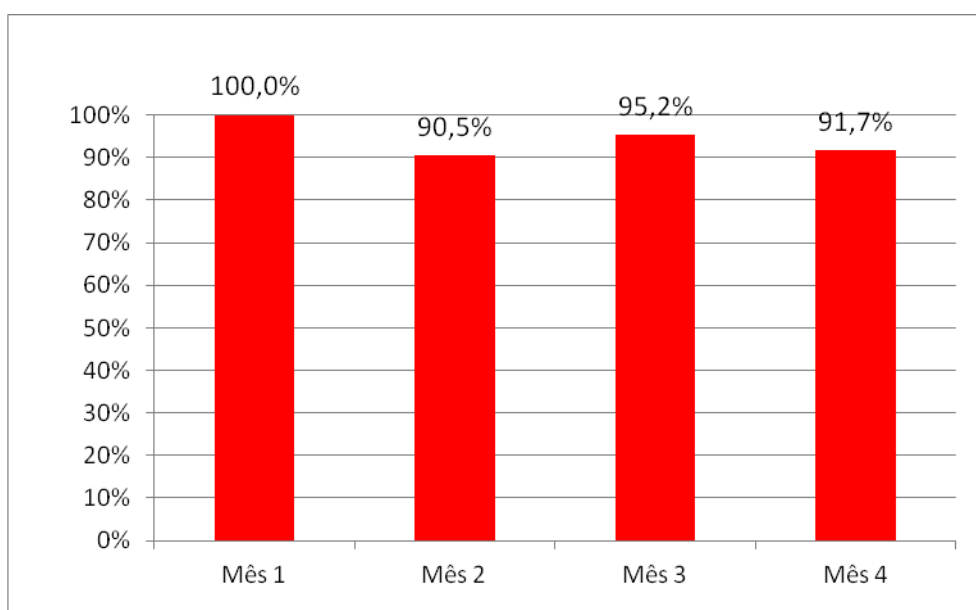


Figura 33 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção realizada no decorrer de quatro meses na UBS Central do município Tupandi, RS. Buscamos melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. A UBS conta com uma equipe de saúde da família. Temos uma população de 4000 usuários, com uma estimativa de cadastro de 194 usuários hipertensos e 48 usuários diabéticos durante o período da intervenção.

Com a intervenção conseguimos melhorar na UBS a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência, ampliar a meta de cobertura, adesão dos mesmos ao programa, capacitação da equipe quanto o tema, atendimento clínico qualificado, implantação de registros específicos, e melhorar informações, busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas programadas, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção.

Para alcançar os objetivos propostos na intervenção, o projeto primeiramente foi apresentado para o gestor e funcionários da unidade de saúde, enfatizando desde um início sobre a importância do engajamento e colaboração de todos, principalmente da equipe, no desenvolvimento das ações. A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada pela médica e/ou enfermeiros, de acordo com os protocolos adotados pela UBS: Cadernos da Atenção Básica “Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.” Brasília: Ministério da Saúde, 2013, quanto ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de ambas as doenças, sendo utilizada como referência na atenção aos clientes portadores de hipertensão e diabetes. As capacitações da equipe ocorreram de modo permanente e progressivo com o objetivo de que cada integrante se preparasse mais e melhor engajado com a intervenção, cumprindo com as ações, as quais aconteceram conforme ao previsto no cronograma.

Ao terminar esses quatro meses de intervenção alcançamos 21,7 % de cobertura para usuários hipertensos e 18,8 % para diabéticos, o qual foi possível com o trabalho em união da equipe. Primeiramente foi monitorado o

número destes usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, os ACS foram capacitados pelos enfermeiros e pela médica sobre os temas do projeto, em quanto ao correto cadastramento destes usuários de toda nossa área de abrangência.

Desde a primeira semana iniciamos contato com lideranças comunitárias para informar sobre o projeto e solicitar apoio para identificação de casos ocultos destas doenças e seu correto acompanhamento assim como todas as ações que estariam dispostas para melhorar a qualidade de vida deste grupo alvo, se aumentarem as atividades de educação em saúde com a comunidade e grupos de hipertensos e diabéticos, relacionadas à prevenção destas doenças através de pôsteres, apresentações em data show e distribuição de folders que já viam pronto da secretaria de saúde relacionados com atividades físicas, higiene bucal, risco do tabagismo e alimentação saudável.

Também incrementamos o número de frequência de consultas do mês. Oferecemos atendimento clínico qualificado tanto pelos enfermeiros como pela médica, com exame físico integral correspondente, incluindo PA, dados antropométricos para cálculo do IMC, avaliação odontológica e hemoglicoteste, assim como indicação de exames periódicos, estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e avaliação dos pés, 100% dos usuários acompanhados receberam educação em saúde sobre estilos de vida saudável. Foram preenchidos corretamente os dados das fichas de acompanhamento tanto em consulta como em visita domiciliar. O acolhimento destes usuários que buscaram o serviço sempre foi realizado pelos enfermeiros e as técnicas de enfermagem, priorizando sempre aqueles com atrasos na consulta programada, os avaliados como de alto risco, com problemas agudos de saúde, e os que procuravam agendamento para a consulta de acompanhamento.

Com a pretensão de aumentar uma maior cobertura assistencial para este grupo populacional também foi incrementado o número de visitas domiciliares, sendo sempre priorizados os acamados, cadeirantes, idosos com problemas de locomoção, como já foi citado anteriormente, as busca ativas forem realizadas em todas as semanas pelo ACS, que com ajuda dos mesmos fornecerem em cada visita domiciliar tanto aos usuários como seus familiares temas relacionados com a existência do programa existentes na unidade de

saúde, as consultas de acompanhamento, frequência e horários das mesmas, e sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, tabagismo), facilitando assim o acompanhamento.

Para a equipe o projeto significou um passo de avanço muito importante no acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas, além de ficar mais perto de sua realidade, também incrementaram seus conhecimentos em relação ao manejo deste tipo de doenças, seus efeitos para a saúde das pessoas, família e a comunidade toda. Como se preparar melhor para poder fazer palestras orientadas para modificações do estilo de vida, procurando eliminar ou diminuir os fatores de riscos modificáveis destas doenças crônicas. Também incrementou a união da equipe para o desenvolvimento das atividades não só deste projeto, mas de todas as ações que são desenvolvidas na atenção primária de saúde para alcançar os objetivos principais nos diferentes programas.

Realizar a intervenção na unidade de saúde foi muito importante porque permitiu várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a melhoria na qualificação do atendimento oferecido aos hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita. Antes da intervenção o acompanhamento a estes usuários era muito deficiente, sustentava-se só na atenção de suas principais queixas e renovação de receitas, entre os aspectos positivos podemos destacar: um aumento no cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos de 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência, o atendimento humanizado e integral dos usuários, assim como o cumprimento das frequências do acompanhamento deles segundo o protocolo, a implantação de registros específicos (ficha-espelho disponibilizada pelo curso, e planilha de coleta de dados) com registro adequado. Todas as ações foram desenvolvidas com o objetivo de melhorar a atenção à saúde deste grupo populacional, buscando prevenir às complicações decorrentes de ambas as doenças.

Para a comunidade a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos acompanhados durante o desenvolvimento da mesma, no decorrer destes quatro meses. Foi muito gratificante para a equipe conhecer sentimentos de satisfação e agradecimento dos usuários pelas atividades

desenvolvidas, eles referiram que agora ficam com mais conhecimentos sobre suas doenças, a importância do acompanhamento e adesão ao tratamento, identificar sinais de complicações decorrentes da hipertensão e diabetes, como alcançar e manter estilos de vidas saudáveis, e a diferença do tipo de atendimento convencional oferecido até o momento nas consultas de acompanhamento.

Muitas ações realizadas na Unidade de Saúde foram modificadas e/ou melhoradas, tais como a frequência do acompanhamento destes usuários, busca dos faltosos a consultas programadas, implantação e melhoria dos registros, sobre todo dos prontuários clínicos e as ficha espelho, sendo incorporadas à rotina do trabalho diário, também conseguimos modificar atitude e/ou conhecimento dos usuários quanto a suas doenças, eu acredito que ambas as partes foram beneficiadas.

Se tivesse que realizar a intervenção novamente, todas as ações de no projeto fossem as mesmas, já que durante este tempo consegui engajamento de todos os integrantes da equipe, profissionais, trabalhadores administrativos e gestor da unidade no desenvolvimento das atividades, o que favoreceu o desenvolvimento do projeto.

A intervenção já faz parte da rotina diária de nossa UBS e pretendemos ampliar nosso trabalho para os outros programas priorizados pelo Ministério de Saúde. Dentro das ações implementadas estão o planejamento das consultas dos usuários portadores de doenças crônicas seguem os protocolos de atenção básica do Ministério de Saúde, acolhimento dos usuários, busca dos faltosos a consulta, implantação das atividades educativas, atendimento clínico integral e humanizado.

Dentro dos programas seguintes a implementar estão: Saúde da criança, Atenção Integral à Saúde da Mulher e da pessoa idosa, além de atenção ao pré-natal e puerpério. Para conquistar a meta de 100% de cobertura para os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência no momento não é possível, pois não contamos com todos os ACS que precisamos. No entanto temos como alternativa prosseguir cadastrando todos os usuários que vem à unidade de saúde em busca de atenção seja por problemas de saúde agudo, ou para o acompanhamento, também realizamos ações de promoção e prevenção de saúde mensal nessa

área descoberta, com pesquisa ativa dessas doenças, enfatizadas, em particular nos usuários com fatores de riscos de desenvolver diabetes e hipertensão.

5 Relatório da intervenção para gestores

Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, Secretário Municipal de Saúde e demais funcionários do município Tupandi. Rio grande do sul.

Depois de fazer uma avaliação da situação do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade Básica de Saúde Tupandi e conhecer a elevada incidência e prevalência de usuários com estas doenças, e a baixa cobertura dos mesmos ao programa da área de abrangência, foi identificada a necessidade de melhorar a atenção prestada a estas pessoas. Por isso, foi realizado um projeto de intervenção direcionado a qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. A intervenção ocorreu no período de janeiro a abril de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS, envolvendo Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes de Saúde Comunitários, Nutricionista, Assistência Social e Odontólogos. Desenvolvendo ações nos eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Depois de fazer uma avaliação do programa na unidade para identificar as dificuldades observamos um inadequado acompanhamento destes usuários, dificuldades no registro das informações, falta de profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS, cadastros desatualizados por apresentar várias áreas descobertas por ausência de ACS, área de abrangência muito distante da unidade de saúde, o que dificulta o bom acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, sobretudo das pessoas idosas, escassas atividades em promoção de saúde sobre fatores de

riscos para desenvolver ambas doenças. Após a identificação dos problemas foi realizada uma reunião com a equipe e a gestão da UBS para apresentar o projeto, enfatizando desde um início sobre a importância do engajamento e colaboração de todos, principalmente da equipe, no desenvolvimento das ações. A equipe foi capacitada sobre os Protocolos adotado pelo Ministério da Saúde para esta ação programática, quedando estabelecido desde o início o papel de cada profissional na ação programática.

A intervenção teve objetivos específicos como: ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar a adesão destes usuários o programa, melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde destes usuários.

Para atingir as metas propostas em relação aos objetivos foram desenvolvidas diferentes ações que já fazem parte da rotina de trabalho da equipe na UBS, tais como: cadastro continuado dos usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita, acolhimento e acompanhamento adequado dos hipertensos e diabéticos, atendimento clínico humanizado com solicitação de exames complementares, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular; encaminhamento para tratamento odontológico e avaliação especializada quando requisitado, grupos de educação em saúde; orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo; busca ativa dos faltosos a consulta. Para o correto registro das informações se utilizaram como instrumento a planilha de coleta de dados e ficha-espelho disponibilizadas pelo curso. Semanalmente todas as ações foram monitorizadas permitindo avaliar o cumprimento das metas proposta através dos indicadores escolhidos.

Podemos ressaltar que com desenvolvimento destas ações durante a intervenção, houve uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, na Unidade de Tupandi. Com a intervenção conseguimos cadastrar e começar o acompanhamento de 194 usuários hipertensos (21,7%), e 48 usuários diabéticos (18,8 %) e estão sendo acompanhados em nossa UBS, o qual foi possível com o trabalho em união da

equipe, cadastro continuo de todos os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, aumento das frequência de consultas de acompanhamento, busque da dos usuários faltosos a consultas programadas a traves das visita domiciliar, incremento das atividades de educação em saúde com a comunidade e grupos de Hiperdia. Não em tanto não foi possível alcançar a cobertura do programa para estes usuários proposta inicialmente, devido maiormente a falta de ACS, a longa distância entre a UBS e a área de abrangência.

Com o desenvolvimento da intervenção tivemos melhorias, a equipe conseguiu modificar atitude e/ou conhecimento dos usuários quanto a suas doenças, ampliar o conhecimento da população sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, tabagismo), sintomas e sinais de complicações decorrentes destas doenças, importância da avaliação bucal por um profissional. Também incrementaram seus conhecimentos em relação ao manejo e acompanhamento destas doenças e ficaram mais engajados e unidos para o desenvolvimento das atividades no só deste projeto sem não de todas as ações que são desenvolvidas na atenção primaria de saúde para lograr seus objetivos principais nos diferentes programas preconizados pelo Ministério, contribuindo assim a melhorar a qualidade de saúde da população. Com nosso trabalho conseguimos ter um impacto positivo na comunidade, a qual mostra satisfação com as ações realizadas.

Embora, alcançamos resultados positivos com a intervenção não poderíamos ter atingido de maneira integral algumas metas propostas se não tivéssemos contatado durante todo o período de intervenção com o apoio e engajamento de todos vocês no desenvolvimento das ações de nossa intervenção. Agradecemos mais uma vez por todo seu apoio, na realização de nosso projeto, e pedimos que continuem ajudando a melhorar a saúde de nossa população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com o objetivo de Qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Central, Tupandi, RS, foi realizado um projeto de intervenção no período de janeiro a Abril de 2015, contemplando 16 semanas de trabalho, com a realização de ações voltadas para essas pessoas. Para isto contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais: Médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes de Saúde Comunitários, Nutricionista, Assistência Social e Odontólogos quando requisitado, além do apoio da comunidade que foi fundamental para a equipe, e a participação dos usuários com hipertensão e diabetes.

A intervenção direcionada para os usuários com Hipertensão e Diabetes tinha como objetivos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e em acompanhamento na unidade, melhorar a adesão deles ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde destes usuários.

Para que o projeto tivesse um bom resultado foram realizadas algumas ações, dentre elas, reunião com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção; capacitações dos integrantes da equipe pela médica e a enfermeira para um atendimento adequado dos hipertensos e diabéticos. As técnicas de enfermagem foram capacitadas também para realizar a verificação da pressão arterial e o teste de glicemia. Desde a primeira semana foram estabelecidos os papéis de cada profissional no desenvolvimento das ações. As capacitações contribuíram para que todos

ficassem mais engajados na intervenção e melhor preparados quanto ao manejo e acompanhamento dos usuários.

Os atendimentos clínicos foram realizados semanalmente conforme o planejado. A enfermeira e a médica realizaram consultas de qualidade aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus, que incluíam um exame clínico integral com inclusão da Pressão Arterial, estratificação do risco cardiovascular, dados antropométricos para avaliação do estado nutricional, teste de glicose, avaliação dos resultados dos exames feitos e solicitação de exames se precisasse. Também realizamos atividades de educação em saúde durante as consultas clínicas, permitindo o conhecimento a respeito das doenças crônica, e também incentivados a tornarem-se responsáveis por seu cuidado e de sua família, além disso, estimulávamos que falassem para os demais usuários sobre o programa e a sua importância.

Durante as atividades realizadas com os usuários foram desenvolvidas atividades direcionadas a promoção da saúde com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças, gastos com medicação e possível internação hospitalar.

Ao longo da intervenção tivemos dificuldades com as ACS, pois de 9 áreas, ainda apresentamos 7 áreas descobertas pela falta de ACS, o que dificultou o acompanhamento da comunidade.

Com o desenvolvimento destas ações durante a intervenção não só foi possível aumentar a cobertura para o programa de atenção a estes usuários na UBS, e também melhorar a qualidade do atendimento prestado a estes usuários, através da realização do exame clínico e complementares de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular. Além disso conseguimos melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa a partir da busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Com a intervenção também melhoramos o registro das informações na UBS com a implantação da ficha-espelho dos hipertenso e diabético cadastrado na UBS, contribuindo significativamente para o monitoramento da intervenção e acompanhamento dos usuários. Com a realização deste projeto as ações desenvolvidas durante a intervenção foram implementadas como parte do trabalho de rotina da equipe na unidade, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em

nossa área, tais como atenção as crianças, atenção à pessoa idosa, atenção à saúde da mulher.

Certamente sem o apoio da comunidade este projeto não houvesse sido desenvolvido. Seu apoio contribuiu a realização de nossas ações pois contribuíram na promoção e prevenção relacionado com as doenças e apoiaram na busca de usuários, facilitando em grande maneira o desenvolvimento da intervenção. Não temos dúvidas de que a comunidade tem sido um elemento muito importante neste projeto. Agradecemos mais uma vez seu apoio, e pedimos que continuem ajudando a melhorar a saúde da população de nossa área de abrangência.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento desde trabalho de intervenção na minha profissão foi bom e interessante, me fez adquirir uma visão diferente e mais acolhedora e humanizada diante das divergências sobre a saúde da população da área de abrangência, principais doenças, fatores de riscos mais frequentes, demografia, fatores socioeconômicos, sendo a porta de entrada para a abordagem dos problemas da comunidade e o início nas mudanças no estilo e modo de vida.

No início tive a sensação que seria difícil para mim conseguir incorporar à rotina da Unidade qualquer ação programática. Mesmo diante as dificuldades existentes pude perceber que podemos mudar uma realidade e trazer outra visão, que toda a diferença está quando os profissionais se propõem a trabalhar em união, engajando profissionais, comunidade, gestores e a equipe podemos melhorar não só o atendimento de usuários com doenças crônicas da unidade, se não também a qualidade de vida deles, o nível de conhecimento a respeito das doenças e fatores de riscos possíveis de modificar. Para mim como profissional da saúde foi muito enriquecedor e uma grande satisfação conseguir mudar alguns conhecimentos errados da população.

Quanto a minha prática profissional, a realização do curso foi uma experiência nova de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual, pela qual estou grata, pois melhorou e atualizou meus conhecimentos científicos através da realização dos casos interativos da prática clínica e as revisões Bibliográficas dos temas, assim como os TQC, além disso fortaleceu a união da equipe para adquirir habilidades no desenvolvimento de atividades e trabalho conjunto e humanizado com a população. Também contribuiu para melhorar a

gramática do idioma português, a comunicação e respeito entre os profissionais participante do curso e professor orientador, aprendizagem da metodologia de investigação, assim como, o manejo adequado das doenças diante dos protocolos fornecidos pelo Ministério de Saúde. Pude dessa forma, aumentar o raciocínio clínico individual. A interação coletiva, ao postar tanto nos fórum de clínica e coletivos, promoveu a observação da situação de outras realidades do Brasil, assim como a discussão e raciocínio clínico.

Para mim foi muito gratificante alcançar as expectativas e conseguir a implementação da intervenção na rotina da unidade. Eu me sinto realizada como profissional, com as condições necessárias, em relação ao conhecimento e governabilidade, para implantar outras intervenções e melhorar a qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade.

Referências

Fatores de Risco Para Doença Cardíacas. Link:
<http://www.abcdasaude.com.br/cardiologia/fatores-de-risco-para-doencas-cardiacas>.

MINISTERIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

MILAGRES, R. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Enciclopédia da Saúde:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria das Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Fase de detecção de casos suspeitos. Revista de Saúde Pública. São Paulo. v.35, n.5, p.490-493, out/2001.

FERREIRA. C.L.R.A, FERREIRA. M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema Hiperdia. Arq Bras Endócrino Metab[online]. 2009, vol.53, n.1, pp. 80-86. ISSN 0004-2730.

MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica :Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. -1. Ed.,2 reimp,-Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1 Ed, 1 reimp, - Brasília: Ministério da Saúde,2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. nº 37,- Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. nº 36,-Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

VIRGÍNIA ALVES. Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte 2007-02-03. Página visitada em setembro de 2014.

Apêndice

Apêndice A: Folders sobre HAS e DM

DIABETES

VOCÊ SABIA?
Que a deficiência na produção da insulina ou na deficiência de sua ação leva a sintomas agudos e a complicações crônicas do diabetes?
Que hoje são mais de 10 milhões de brasileiros com diabetes?

FATORES DE RISCO

- Obesidade
- Sedentarismo
- Hipertensão
- Doenças cardíacas
- Histórico familiar

TIPOS DE DIABETES

- **Gestacional:** Correm em pacientes sem aumento prévio da glicose.
- **MeIVus tipo I:** Destruição da célula beta do pâncreas, em geral por ocorrência de doença auto-imune, levando a deficiência absoluta de insulina.
- **MeIVus tipo II:** Resistência à ação da insulina, associada a uma deficiência relativa de sua secreção pelo pâncreas.
- **Outras formas de Diabetes Mellitus:** desencadeada por desordens genéticas, infecções, doenças pancreáticas, uso de medicamentos, drogas ou outras doenças endócrinas.

CONSEQUÊNCIAS

- Perda da visão
- Deficiência renal
- Problemas neurológicos
- Dificuldade de cicatrização
- Impotência sexual

CUIDADOS PARA O DIABÉTICO

- Tomar a medicação corretamente
- Praticar atividades físicas sob prescrição médica
- Manter uma dieta alimentar orientada por um nutricionista

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Quando não tratada e controlada adequadamente leva a complicações que podem atingir outros órgãos e sistemas.

A Hipertensão Arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de 15 minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas.

Podem ocorrer elevações ocasionais da pressão com exercícios físicos, uso de alimentos como: café, drogas, alimentos com excesso de sal, fumo, álcool, preocupações e alterações emotivas persistentes.

DADOS BRASIL – SAIBA QUE:
Cerca de 15% da população é acometida por hipertensão e grande parte desconhece que tenha. Este índice em pessoas obesas pode chegar a 40%, em diabéticos até 60%, em idosos a 50% e em negros a 30%.

Tanto na Hipertensão Arterial como no Diabetes Mellitus, as complicações ao longo do tempo, quando não bem controladas, causam:

- **No sistema nervoso central:** infartos, hemorragia e encefalopatia;
- **No coração:** Cardiopatia isquêmica (angina), insuficiência cardíaca, aumento do coração e, em alguns casos, morte por infarto;
- **No sistema renal:** Insuficiência renal crônica;
- **No sistema vascular:** Entupimentos e obstruções das artérias carótidas, aneurisma de aorta e doença vascular periférica dos membros inferiores - no diabético o chamado pé diabético;
- **No sistema visual:** Retinopatia que reduz muito a visão dos pacientes.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE TUPANDI

Apêndice B: Folders sobre DM

Diabetes nada mais é do que açúcar no sangue, ou seja a glicose não é metabolizada pelas células devido à produção insuficiente do hormônio insulina pelo pâncreas.

Os tipos são:

tipo 1 **Diabetes tipo 1**
Mais comum em bebês, crianças e jovens. Conhecido como DM1 ou autimune, é obrigatória a aplicação de insulina, seja através de seringa, caneta ou bomba de insulina, devido a não produção do hormônio (insulina) pelo pâncreas.

Diabetes tipo 2
Mais comum em adultos devido ao fator obesidade, sedentarismo e hereditariedade, também acomete crianças pelo mesmo motivo. A produção de insulina ainda existe, mas é pouca, diminuída, por isso o organismo não metaboliza toda a glicose. É tratada através de medicamentos, em alguns casos é feito o uso da insulina injetável.

tipo 2

- **Diabetes Gestacional**
Ocorre na gravidez - com os devidos cuidados, a gestante tem uma gravidez tranquila.

Os sintomas são:



Se você ou seu filho apresentarem um desses sintomas, procure um médico ou o serviço de saúde mais próximo.

O diabetes tem tratamento, com os devidos cuidados a pessoa tem uma vida normal!

COMPLICAÇÕES

Os sintomas das complicações envolvem queixas visuais, cardíacas, circulatórias, digestivas, renais, urinárias, neurológicas, dermatológicas e ortopédicas, entre outras. O prolongamento da hiperglicemia (altas taxas de açúcar no sangue) pode causar sérios danos à saúde:

Retinopatia diabética: lesões que aparecem na retina do olho, podendo causar pequenos sangramentos e, como consequência, a perda da acuidade visual

Nefropatia diabética: alterações nos vasos sanguíneos dos rins que fazem com que ocorra uma perda de proteína pela urina. O órgão pode reduzir a sua função lentamente, mas de forma progressiva até a sua paralisação total.

Neuropatia diabética: os nervos ficam incapazes de emitir e receber as mensagens do cérebro, provocando sintomas, como formigamento, dormência ou queimação das pernas, pés e mãos, dores locais e desequilíbrio, enfraquecimento muscular, traumatismo dos pelos, pressão baixa, distúrbios digestivos, excesso de transpiração e impotência.



Apêndice C: Folders sobre DM

Diabetes

O que é o Diabetes?

É uma doença causada pela falta ou diminuição da produção de insulina, ou por sua atuação deficiente.

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas que faz com que a glicose do sangue passe para dentro das células para ser utilizada como fonte de energia.

Quando a glicose não passa do sangue para dentro das células, não é aproveitada, não se transforma em energia e, permanecendo em excesso na circulação, pode causar alguns sintomas:

Sintomas do diabetes

- Cansaço
- Fome excessiva
- Perda de peso
- Sede excessiva
- Urina frequente
- Visão turva

Diabetes - tipo 1

Ocorre devido à destruição de células do pâncreas produtoras de insulina. Com isso, o organismo deixa de produzir ou produz uma quantidade pequena de insulina.

Muito frequente em crianças e jovens, o diabetes tipo 1 é tratado com a aplicação de insulina.

Diabetes - tipo 2

Caracteriza-se pela produção insuficiente de insulina, além de defeitos na sua ação. Na maioria das vezes, os defeitos do organismo dos pacientes também não absorvem a insulina produzida pelo pâncreas.

Exige parte dos pacientes o tratamento com medicamentos e em alguns casos é necessária a aplicação de insulina.

Geralmente, os casos de diabetes tipo 2 se desenvolvem em adultos. A maioria da doença, o paciente pode não apresentar sintomas.

Fatores de risco

- Excesso de peso
- Sedentarismo
- Hipertensão arterial
- Pessoas com diabetes
- Mulheres que tiveram diabetes durante a gravidez

Diabetes gestacional

É a alteração das taxas de glicose no sangue que acontece ou é detectada pela primeira vez na gravidez. Pode desaparecer depois do parto ou persistir após o nascimento do bebê.

Complicações

Quando o diabetes não é bem controlado, podem surgir graves complicações que podem prejudicar a visão, causar perda da função renal, amputação de membros, incapacidade sexual, entre outros.

Após o médico diagnosticar o diabetes, o paciente deve seguir o tratamento recomendado, que consiste em atividade física, alimentação saudável, uso de medicamentos e insulina e monitoramento dos níveis de glicose no sangue. Isso ajuda a controlar o diabetes e prevenir ou reduzir suas complicações.

Não utilize medicamentos para diabetes sem prescrição médica.

Os medicamentos usados no tratamento do diabetes podem causar alguns efeitos adversos, como por exemplo náuseas e diarreia.

O farmacêutico está apto a orientar quanto ao uso correto de medicamentos e formas de monitorar os níveis de glicose no sangue.

Dicas de Alimentação

Evite o açúcar. Utilize pouco adoçante e somente se precisar. Evite os adoçantes à base de frutose.

Evite sucos. Consuma frutas sem exageros.

A metade do prato deve ser de vegetais coloridos, principalmente os verde-escuros e amarelos.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE TUPANDI

Apêndice D: Folders sobre HAS

[illegible][illegible]

Apêndice E: Folders sobre HAS

Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.



Mantenha o peso adequado.

Tenha uma alimentação saudável.

Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.

Não fume.

Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.

Evite o stress.

Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio.

Tome a medicação conforme orientação médica.

PRESSÃO ALTA

Porque isso acontece comigo?

Idade, sexo e raça.
Genética (fatoro familiar).
Excesso da peso.
Sedentarismo.
Ingestão abusiva de sal.
Ingestão de álcool.
Tabagismo.

O que devo fazer?

Para o diagnóstico e controle da Hipertensão Arterial são necessárias medições repetidas da PA. Sempre que vier ao posto traga o seu cartão de controle. Participe do [Programa de Controle da PA](#).

Diminua o excesso de peso e movimentar o seu corpo realizando atividades físicas. Sua UBS conta com um [Programa de Exercícios](#). Se informe!

Reduza o uso de sal na comida. Fique atento às informações contidas na embalagem dos alimentos.

Diminua a ingestão de bebidas alcoólicas.

Para de fumar! Pergunte ao seu médico como funciona o [tabaco de substituição](#).

Não fique sem o seu medicamento. Marque consulta de controle com o médico antes de interrompê-lo.

Tire suas dúvidas!

Pressão alta tem cura?
Posso parar de tomar o remédio da pressão porque não estou sentindo nada?
Posso parar de tomar o remédio da pressão porque minha PA está controlada?





Anexo

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante